



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES

**MARCADORES DE GÊNERO NA EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM
ABORTAMENTO INDUZIDO: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA O CUIDADO**

SALVADOR

2018

PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES

**MARCADORES DE GÊNERO NA EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM
ABORTAMENTO INDUZIDO: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA O CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de Doutora em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Edmeia Almeida Cardoso Coelho

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

**SALVADOR
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Marques, Patrícia Figueiredo

MARCADORES DE GÊNERO NA EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM ABORTAMENTO INDUZIDO: construção de instrumento para o cuidado / Patrícia Figueiredo Marques. -- Salvador, 2018. 200 f.

Orientador: Edmeia Almeida Cardoso Coelho.

Coorientador: Maria Rita Bertolozzi.

Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem e Saúde)

-- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

1. Marcador social da diferença. 2. Relações de gênero. 3. Aborto induzido. 4. Revisão sistemática. 5. Enfermagem. I. Coelho, Edmeia Almeida Cardoso. II. Bertolozzi, Maria Rita. III. Título.

PATRÍCIA FIGUEIREDO MARQUES

**MARCADORES DE GÊNERO NA EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM
ABORTAMENTO INDUZIDO: CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA O CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de Doutora em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em: 23/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Edmeia de Almeida Cardoso Coelho



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Cassia Baldini Soares

VIDEOCONFERÊNCIA

Doutora em Educação e Professora da Universidade de São Paulo

Renata Ferreira Takahashi

VIDEOCONFERÊNCIA

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade de São Paulo

Silvia Lúcia Ferreira



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Mariza Silva Almeida



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Michelle Araújo Moreira



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz

Isa Maria Nunes



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese,

A minha mãe, Didina, por ter sido a mulher fantástica e exemplo de vida. A primeira enfermeira que me ensinou os “TOCs” da profissão mesmo que não pudesse ter exercido e mesmo assim driblando os impasses de “ser jovem” e seguindo outra profissão que também a alegrava. Fizemos caminhos ao inverso, enquanto ela saiu da área da saúde para a de educação, fui da educação para a saúde.

A meu querido esposo, companheiro, amigo, meu amor Ed, Ednaldo, por me apoiar e dar suporte, me ouvir e me fazer ouvir, quando precisei.

A minha alegria, pequena Carol, Ana Carolina, por sua paciência e nem sempre silenciosa companhia no processo de conclusão da “minha tarefa da Escola”.

AGRADECIMENTOS

A construção de uma tese por mais horas que envolvam a concentração e escrita não é um itinerário solitário. Desse fizeram parte todas as minhas relações com diferentes pessoas ao longo da produção da pesquisa e do período de escrita, independente de duração e dos possíveis “graus de impacto” nesta trajetória. Para mim cada fala, cada atitude, cada gesto, ou de sentido teórico ou de sentido emocional, foram construindo junto comigo o trabalho de estar e fazer o doutorado. Assim dedico este espaço para agradecer.

À *minha família*, pois independente de quaisquer resultados advindos do curso depositaram confiança, tiveram paciência e acolheram-me em todos os momentos. Especialmente, a minha querida filha *Carol* por entender minhas ausências pela necessidade de concentração para concluir “a minha tarefa de casa que veio da minha Escola” e a *Ed* pelo companheirismo, pela amizade, apoiando-me, ajudando-me quando frágil fisicamente e dizendo com todas as letras, quando necessário “volta para estudar”.

À minha orientadora, professora *Edmeia de Almeida Cardoso Coelho*, por toda a dedicação, atenção e construção conjunta deste trabalho com as brilhantes sugestões, contribuições, explicações e correções. Não tive apenas lições sobre construir uma tese, mas também sobre como exercer minha missão como professora-pesquisadora. Obrigada pela sabedoria compartilhada nas orientações e por aceitar concretizar minha inquietação em tornar “algo concreto” para transformação e reorganização da atenção à saúde da mulher.

À minha coorientadora, professora *Maria Rita Bertolozzi*, da Escola de Enfermagem da USP, pela parceria nesta trajetória. Mesmo geograficamente distante, nos nossos encontros virtuais e presenciais, teve a paciência e a disposição para orientar, propor e sanar dúvidas.

À professora *Luiza Akiko Komura Hoga*, da Escola de Enfermagem da USP por ser minha mentora nos caminhos da realização da revisão sistemática qualitativa, segundo o Joanna Briggs Institute (JBI). Obrigada por se colocar à disposição, acompanhar meu processo de entender e aplicar a metodologia da Revisão Sistemática. Obrigada também por sua amizade e carinho em me receber. quando precisei.

À professora *Silvia Lúcia Ferreira*, “minha mãe das Letras”. Comecei com você em 03 de setembro de 1996 e nos encontramos novamente para concluir esta etapa hoje. OBRIGADA, por sempre estar presente fisicamente ou por todos os ensinamentos e exemplos que me deu nesta trajetória.

A *Juliana Akie Takahashi*, bibliotecária da Escola de Enfermagem da USP, pessoa

maravilhosa que com paciência e competência profissional assessorou o processo de buscas dos estudos primários nas bases de dados e apresentou-me a “matemática” desse recurso.

A **Isadora Reis Rodrigues**, enfermeira que se inseriu no projeto, com dedicação, paciência, persistência e curiosidade sobre o pesquisar e o fazer uma enfermagem diferente. Ainda lembro que um dia fiz sua seleção como bolsista de iniciação científica e já fui logo avisando que meu papel era de ser sua “desorientadora”. Nossa relação não era apenas para acrescentar conhecimentos numa lógica bancária, mas reorganizar ideias, desconstruir o possível e reconstruir no processo de apreender-ensinar e aprender juntas, num movimento contínuo de vai e vem.

À colega de doutorado, **Jamile Guerra Fonseca**, pela parceria ao compartilhar a mesma temática da tese e a busca de dados.

À **Eronidina Araújo dos Santos**, “Dina”, por possibilitar dividir o processo de maternagem (cuidar de Carol), mesmo que seja parte do seu processo de trabalho, a linha tênue nas relações trabalhistas foram transpostas para além da empatia, pois envolveram genuinamente sentimentos.

Aos **demais familiares e aos/às amigos/as** que não poderei nomeá-los/as todas e todos aqui, porque são muitas as pessoas que se preocuparam, se interessaram, respeitaram a minha produção. Aos que se ofereceram para apoio na maternagem de Carol. A todas as pessoas que torceram ansiosas pela reta final e conclusão da tese.

Às/aos **colegas** de turma, por enfrentarmos juntas/os desafios de um Doutorado.

Ao **colegiado e ao corpo docente da graduação em Enfermagem da UFRB** que entendeu a necessidade de afastamento de docente em qualificação e, quando foi possível, possibilitou a minha dedicação integral à pesquisa.

Ao Colegiado do Programa de Pós-graduação de Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia e à equipe da secretaria, pelo apoio.

Ao **Centro Colaborador do JBI da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)**, que possibilitou o Treinamento em Revisão Sistemática e avaliações subsequentes da minha proposta de revisão, etapa que antecedeu à da construção de Marcadores de gênero.

Às componentes da Banca de Qualificação, professoras **Maria Rita Bertolozzi, Silvia Lúcia Ferreira, Salete Maria da Silva, Enilda Rosendo Nascimento, Maria Angela Nascimento**, por todas as importantíssimas sugestões que contribuíram para a continuidade do projeto de tese.

Às componentes da Banca Examinadora da defesa da tese, integrada pelas professoras *Cassia Baldini Soares, Renata Ferreira Takahashi, Silvia Lúcia Ferreira, Mariza Silva Almeida, Michelle Araújo Moreira e Isa Maria Nunes*, por terem aceitado o convite para contribuir com minha pesquisa.

Às *mulheres participantes* dos estudos primários que constituíram a Revisão Sistemática e que permitiram que fossem ouvidas suas histórias tão particulares.

AGRADECIMENTOS

À **FAPESB** que financiou durante quase um ano minha pesquisa, certamente sem o estímulo financeiro o processo seria mais difícil.

RESUMO

MARQUES, Patrícia Figueiredo. **Marcadores de gênero na experiência de mulheres com abortamento induzido: construção de instrumento para o cuidado.** 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

O aborto representa um problema de saúde pública e, sobretudo, nos países em que é clandestino, mulheres são expostas a riscos à saúde. O reconhecimento de desigualdades de gênero, na experiência das mulheres, é condição essencial para os serviços darem respostas às demandas por cuidado na rede de saúde. No sentido de oferecer ao sistema de saúde subsídios para incorporação da perspectiva de gênero às práticas, foi desenvolvida pesquisa cujos objetivos foram sintetizar as evidências qualitativas sobre a experiência de mulheres submetidas a abortamento induzido, resultante de gravidez não planejada; identificar elementos de gênero na experiência de mulheres submetidas ao abortamento induzido resultante de gravidez não planejada; construir instrumento para o cuidado à saúde das mulheres com história de abortamento, a partir de marcadores qualitativos de gênero resultantes de revisão sistemática. Caracteriza-se como estudo de desenvolvimento metodológico, com abordagem qualitativa, e compreendeu três etapas. A primeira consistiu na realização de uma revisão sistemática da literatura científica baseada na proposta do Joanna Briggs Institute (JBI), sobre as experiências de mulheres submetidas ao abortamento induzido, resultante de gravidez não planejada. A segunda etapa consistiu em reunir os elementos de gênero presentes nos resultados dos estudos empíricos por convergência de temas, construindo-se categorias e a partir dessas os marcadores de gênero para a saúde da mulher com história de abortamento. A terceira correspondeu à construção do instrumento baseado nos elementos de gênero identificados. Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa. A revisão sistemática foi realizada a partir de 42 estudos primários dos quais foram extraídos 200 *findings* agrupados por congruência em 51 categorias que, por convergência temática, resultaram em 15 metassínteses. Aplicando a categoria gênero e reorganizando as categorias, foram elaborados oito marcadores, compostos por 64 elementos de gênero presentes na experiência de mulheres que abortaram: 1) Responsabilização da mulher pela contracepção e pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades; 2) Participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher pelo aborto ; 3) Dificuldades financeiras como razão para o aborto; 4) Participação de amigas/os, no processo de decisão da mulher pelo aborto; 5) Aborto por decisão pessoal; 6) Sentimentos vivenciados pelas mulheres pós-aborto; 7) Atendimento profissional de saúde no processo de abortamento e 8) Adoção de posição política pela descriminalização do aborto. Esses marcadores e elementos foram organizados, e foram construídas perguntas que compuseram o instrumento. Considera-se que, para a incorporação da perspectiva de gênero às práticas e a consequente implementação do instrumento construído, são necessárias a validação do mesmo e a educação permanente junto à equipe profissional, como também desde a graduação, em especial da enfermagem por seu lugar no espaço dos cuidados em qualquer nível de atenção, voltado à integralidade do cuidado e alinhada às relações de gênero, temáticas que constituem eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Palavras-chave: Marcadores de gênero; Aborto induzido; Relações de gênero; Saúde da Mulher; Revisão sistemática; Enfermagem.

ABSTRACT

MARQUES, Patrícia Figueiredo. **Gender markers in the experience of women with induced abortion: construction of an instrument for healthcare.** 200f. Thesis (Nursing PhD) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

Abortion represents a public health issue and, above all, in countries in which it is clandestine, women are exposed to health risks. The recognition of gender inequalities in the experience of women is an essential condition for the services to respond to demands in the healthcare network. In order to offer to the healthcare system subsidies for incorporation of the gender perspective to the health practices a research was developed with the purpose of synthesizing the qualitative evidences on the experience of women submitted to induced abortion resulting from unplanned pregnancies; identify elements of gender in the experience of women submitted to induced abortion resulting from unplanned pregnancies; construct an instrument for the healthcare of women with a background of abortions from qualitative gender markers resulting from systematic review. The study is characterized as a methodological development with a qualitative approach and comprised three phases. The first phase consisted of a systematic review of scientific literature based on the Joanna Briggs Institute (JBI) on the experiences of women submitted to induced abortion resulting from unplanned pregnancies. The second phase consisted of gathering the gender elements present in the results of the empirical studies by convergence of themes, constructing categories and from these the gender markers for the health of women with a background of abortions; and the third phase corresponded to the construction of an instrument based on identified elements of gender. Ethical aspects were respected during all of the phases of the research. The systematic review was performed from 42 primary studies which were extracted from 200 findings grouped by congruence in 51 categories, which through thematic convergence, resulted in 15 metasyntheses. On applying the gender category, reorganizing the categories, eight markers were produced, composed of seventy four elements of gender present in the experience of women who aborted: 1) Accountability of women for contraception and for pregnancy and vulnerabilities; 2) Participation of the partner and of the family in the decision-making process of the woman to abort; 3) Financial difficulties as a reason for abortion; 4) Participation of friends in the decision-making process to abort; 5) Abortion through personal decision; 6) Feelings experienced by women post-abortion; 7) Assistance by health professionals in the abortion process and 8) Adoption of a political position for the decriminalization of abortion. These markers and elements were organized and questions were constructed to form the instrument. It is considered that for the incorporation of the gender perspective to the healthcare practices and the consequent implementation of the constructed instrument, it is necessary that the instrument be validated, as well as permanent education of the professional team, beginning during the graduate course, especially for the nursing professionals in view of their place in healthcare at all levels of assistance, guided towards a comprehensive healthcare and aligning gender relations, themes that are the core of the National Policy of Comprehensive Women's Care .

Key-words: Gender markers; induced abortion; gender related; Women's health; Systematic review; Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DIREITOS REPRODUTIVOS	16
2.2 ABORTAMENTO E CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
3.1 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA	25
3.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA - PROPOSTA SEGUNDO JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI).....	30
4 METODOLOGIA	33
4.1 PRIMEIRA ETAPA- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	34
4.2 SEGUNDA ETAPA – ELABORAÇÃO DOS ELEMENTOS E MARCADORES DE GÊNERO NA SAÚDE DE MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	38
4.3 TERCEIRA ETAPA- CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MARCADORES DE GÊNERO NA SAÚDE DE MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	38
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS	40
5.1 ARTIGO 1 - <u>WOMEN’S EXPERIENCES OF INDUCED ABORTION RESULTING FROM UNPLANNED PREGNANCY - A PROTOCOL FOR SYSTEMATIC REVIEW OF QUALITATIVE EVIDENCE</u>	40
5.2 ARTIGO 2 - <u>EXPERIÊNCIAS DE MULHERES SUBMETIDAS A ABORTO PROVOCADO POR GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS</u>	50
5.3 ARTIGO 3 - <u>MARCADORES DE GÊNERO NA SAÚDE DAS MULHERES COM HISTÓRIA DE ABORTAMENTO INDUZIDO - CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO</u> 160	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
REFERÊNCIAS	189

1 INTRODUÇÃO

A inclusão da perspectiva de gênero na pesquisa no campo da saúde da mulher, especialmente a partir da década de 1980, contribuiu para ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença-cuidado. Ofereceu, também, subsídios para modificar os modelos assistenciais e expandir novas frentes de estudos, colaborando para mudança no perfil de saúde da população (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2011).

Embora a década de 1980 represente um marco histórico no campo da saúde da mulher, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que ampliou o alcance da atenção e pressionou o Estado a mudar indicadores epidemiológicos e redirecionar a formação e as práticas profissionais, o enfoque de gênero não teve seu lugar na atenção.

A proposta da adoção da abordagem de gênero como eixo norteador de políticas públicas ocorre a partir dos anos 2000, como resultado também dos compromissos internacionais, nacionais e dos movimentos sociais. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, no ano 2004, cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que incorpora o enfoque de gênero com ênfase nos direitos sexuais, direitos reprodutivos e na violência doméstica e sexual como questões de saúde (SOUZA, 2011).

A implementação dessa política e dos programas relacionados à saúde da mulher ocorre com maior amplitude na atenção primária, com ações de promoção e vigilância à saúde, relacionadas aos cuidados pré-natais, planejamento reprodutivo e atendimento ginecológico. Mas, as complicações da gravidez, situações de parto e puerpério têm no âmbito hospitalar seu principal espaço para o cuidado (CASSIANO et al., 2014).

A elaboração de políticas para a saúde das mulheres no Brasil ocorre associada aos compromissos assumidos e incentivos recebidos internacionalmente, a fim de alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milênio relacionadas à melhoria nas condições de saúde da mulher. O propósito é reduzir a taxa de mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015 e garantir acesso universal à saúde especializada em reprodução até 2015 (DIAS et al., 2015; HOLANDA et al., 2015).

A redução da mortalidade materna, que tem como principais causas hemorragia, hipertensão, septicemia, aborto e embolismo, tem sido um dos enfoques principais no Brasil. Essa realidade em pouco se diferencia de outros países em desenvolvimento, em que a mortalidade materna ocorre pelas mesmas causas (DIAS et al., 2015). A mortalidade tem

reduzido ao longo dos últimos anos em função do uso do misoprostol¹, aumento da escolaridade da população feminina, redução da taxa de fecundidade total e maior cobertura das medidas anticoncepcionais, diminuindo o número de gravidezes indesejadas.

No mundo, estima-se que ocorram 35 abortos a cada 1.000 mulheres na faixa dos 15 aos 44 anos. Em relação ao aborto inseguro, no âmbito mundial estima-se que 6,9 milhões de mulheres passam pelo procedimento. Essa estimativa baseia-se nos casos registrados por buscarem os serviços de saúde em situações de complicações, no ano de 2012. Acrescente a essa informação, o fato de as restrições legais e políticas e a taxa de aborto inseguro ser quatro vezes maior com países sem as mesmas limitações, em 2011. Consequentemente pela falta de acesso a serviços adequados, as taxas de mortalidade também são maiores quando comparadas entre países com políticas menos liberais e mais liberais, sendo três vezes maiores no primeiro caso, em 2013 (GUIMARÃES et al., 2017; UNITED NATIONS, 2014; SEDGH et al., 2016).

No Brasil, as mulheres continuam realizando o aborto, mesmo que haja restrições legais. Essa situação as expõe a riscos e a experiências de violência institucional, quando buscam o serviço de saúde para conclusão da interrupção ou para cuidados, devido às complicações advindas do procedimento (LIMA et al., 2017; SOUTO et al., 2017).

A reorganização dos serviços e das práticas, numa lógica diferente da que rege o modelo biomédico, a fim de responder às demandas das mulheres bem como aos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, não tem sido tão efetiva. Os espaços em que práticas de saúde se dão sem a devida escuta das demandas femininas, com ações eminentemente centradas em aspectos biológicos é o da atenção a mulheres submetidas ao abortamento induzido (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013).

Na experiência de grande número de mulheres, em situação de aborto, não há garantias de apoio do parceiro nem da família. Além disso, sobretudo nos países em que sua prática é clandestina, conflitos e tensões permeiam a descoberta da gravidez, a busca por meios abortivos, a realização do aborto, sua finalização em maternidade e se mantêm após a curetagem nas situações em que o alívio inicial dá lugar a arrependimento e à culpa (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; GONZAGA, 2015; RIBEIRO, 2014; SANTOS; BRITO, 2014). Mesmo em países em que o aborto tem proteção legal, mulheres que

¹ Misoprostol- é um análogo barato de prostaglandina E1 usado com sucesso para o amadurecimento cervical e dilatação antes de minimamente procedimentos ginecológicos invasivos; como a evacuação e histeroscopia ou para o término terapêutico de abortos.

objetivamente acessam meios seguros vivenciam essa experiência sob valores morais e religiosos que acompanham a construção da identidade de gênero, de modo que subjetivamente as experiências se assemelham (EKSTRAND et al., 2009; KIRKMAN et al., 2010; MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012).

Numa tentativa de garantir os direitos reprodutivos e atender a demandas de mulheres em situação de abortamento, tendo à frente o movimento feminista, o Ministério da Saúde elaborou em 2005 e atualizou, em 2011, normas técnicas voltadas ao atendimento humanizado à mulher em situação de abortamento. As normas orientam profissionais de saúde a atenderem a essas mulheres numa perspectiva livre de julgamentos morais e voltada à integralidade do cuidado (BRASIL, 2005, BRASIL, 2011).

A integralidade no âmbito da atenção à saúde das mulheres pode ser traduzida como a garantia de acesso a serviços de saúde, com acolhimento, escuta e busca de resolutividade. Sua concretização requer profissionais que valorizem o contexto em que as demandas por cuidado são geradas, em que se incluem influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração, no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009).

Concretizar tal perspectiva, junto a mulheres com histórico de abortamento, implica em contar com equipes de saúde que ofereçam um cuidado livre de discriminação e preconceitos. Assim, no planejamento do cuidado, é preciso valorizar a relação da mulher com pessoas do seu ciclo afetivo, sobretudo, parceiro e família, orientada por valores que tornam o abortamento uma experiência de compartilhamento e proteção ou de desamparo e solidão. Na mesma perspectiva, para tornar visível a corresponsabilidade do parceiro, o diálogo com a mulher pressupõe alcançar a sua experiência com o mesmo e as relações de poder que lhes são transversais.

As relações de gênero influenciam os indicadores epidemiológicos e permeiam uma diversidade de situações que afetam a saúde das mulheres e que vêm constituindo objeto de investigações científicas (GARCIA; DUARTE, 2017, HEIDARI et al., 2017). O reconhecimento de desigualdades de gênero, nas demandas por cuidado expressas em resultados de pesquisas, é condição essencial para os serviços darem respostas às mulheres a partir dos seus resultados, o que implica em lhes dar visibilidade. A construção e a aplicação de medidores de saúde, numa perspectiva de gênero, contribuem para o processo de análise e avaliação da situação das mulheres e suas demandas.

A elaboração de instrumentos para o desenvolvimento de práticas que valorizem questões de gênero, na experiência do abortamento, garante aproximação com a realidade das

mulheres e pode viabilizar ações problematizadoras e dirigidas a singularidades. Assim, caminha-se na direção do respeito aos direitos reprodutivos e da integralidade. A possibilidade de oferecer ao sistema de saúde subsídios para fomentar a incorporação da perspectiva de gênero às práticas em saúde instiga à construção de marcadores de gênero na experiência de mulheres submetidas ao abortamento induzido.

Diferentemente dos indicadores epidemiológicos utilizados para avaliar as condições de saúde por meio de dados sociodemográficos e epidemiológicos (BRASIL, 2014), os marcadores de gênero, ao serem identificados no atendimento, permitem imediata intervenção com ações direcionadas à situação identificada.

Os marcadores de gênero são incluídos entre os marcadores sociais da diferença, campo de estudo das ciências sociais, que tentam explicar como são constituídas socialmente desigualdades e hierarquias entre as pessoas. Inicialmente, deve-se compreender que a diferença deve ser avaliada/analisaada num contexto relacional e entrelaçada por elementos históricos, sociais, culturais, geográficos, entre outros antes de ser considerada como sinalizador da reprodução de relações desiguais. Diante dessa compreensão, quando a diferença implica um lugar desigual para os indivíduos na sociedade, estabelece-se o marcador social da diferença (BRAH, 2006; MOUTINHO, 2014, VENCATO, 2014)

Esses sinalizadores de desigualdades também podem ser identificados nas relações das usuárias com as práticas de saúde e com profissionais e impactam no processo de cuidado desenvolvido nos serviços (CAVALCANTE, 2012, DE-LA-TORRE-UGARTE-GANILO, TAKAHASHI, BERTOLOZZI, 2011, VAL; NICHATA, 2014).

Eles possibilitam a operacionalização do conceito de gênero nesse âmbito da atenção, contribuindo para identificar elementos de gênero que limitam a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva. Também colaboram no processo de escuta sensível das demandas femininas, valorizando-as como elementos a serem considerados no processo de cuidado em saúde.

Marcadores de gênero, para a saúde das mulheres com história de abortamento induzido resultante de gravidez não planejada, ainda não foram propostos. Isso pode ser verificado em busca preliminar nas bases de dados reconhecidas internacionalmente, entre elas, o acervo de consensos na área de saúde no mundo, como Joanna Briggs Institute, Cochrane Library e PubMed. Essa situação representa uma lacuna para o processo de reorganização das práticas de atenção à população feminina, o que justifica pesquisas do tipo revisões sistemáticas que contribuem para construção de instrumentos úteis à atenção à saúde,

entre esses marcadores sociais da diferença.

Como enfermeira, se reconhece que profissionais da enfermagem compõem a equipe que deve promover ações para o restabelecimento da mulher livre de discriminação e julgamento, preparando-a para evitar a recorrência do aborto. Sendo uma categoria envolvida na prestação de cuidados à saúde no âmbito do serviço público está comprometida com o atendimento de qualidade como direito de cidadania. A elaboração de instrumentos que identifiquem marcadores de gênero em situação de pós-abortamento possibilita identificar as demandas das mulheres, planejar atividades e executá-las de forma a transformar a norma técnica em ações implementadas.

Nesse sentido, esta pesquisa busca responder à seguinte questão: Que marcadores de gênero para a saúde das mulheres podem ser construídos, a partir da experiência de mulheres submetidas ao abortamento induzido resultante de gravidez não planejada?

Os objetivos deste estudo foram:

- Sintetizar as evidências qualitativas sobre a experiência de mulheres submetidas a abortamento induzido resultante de gravidez não planejada.
- Identificar elementos de gênero na experiência de mulheres submetidas ao abortamento induzido resultante de gravidez não planejada.
- Construir instrumento para o cuidado à saúde das mulheres com história de abortamento, a partir de marcadores qualitativos de gênero resultantes de revisão sistemática.

A relevância deste estudo reside na garantia de oferecer ao sistema de saúde subsídios para fomentar a incorporação da perspectiva de gênero às práticas em saúde. Os marcadores de gênero poderão subsidiar tomadas de decisão coerentes, traduzidas em ações de saúde direcionadas à melhoria do cuidado à mulher. Este trabalho compreende ainda a continuação das investigações do projeto em rede “Demandas de saúde e a experiência de mulheres na busca pelo cuidado: estudo em municípios da Bahia com cobertura da Estratégia Saúde da Família” financiado pelo CNPq.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DIREITOS REPRODUTIVOS

No Brasil, a organização das ações voltadas à saúde da mulher ocorre pela primeira vez com o Programa Materno-Infantil (PMI), 1975. Antes disso, havia intervenções apoiadas pelo governo, realizadas por organizações internacionais “preocupadas” com a natalidade. A finalidade desse programa era reduzir a mortalidade materno-infantil, utilizando-se de ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. Nessa proposta, as mulheres eram vistas como corpos naturalizados para reprodução, e o modelo assistencial enfocava questões relativas à maternidade, numa perspectiva higienista (SOUZA; TYRRELL, 2010).

Na década de 1980, pressionado pela mobilização do movimento de mulheres e feminista e pelos acordos estabelecidos relacionados aos direitos humanos das mulheres junto a órgãos internacionais e financiadores para transformação da situação de saúde da população feminina, foi criado o PAISM, em 1983. A proposta desse programa foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, que se disseminou na rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a saúde da mulher (SOUZA; TYRRELL, 2010).

A perspectiva era que a mulher fosse reconhecida como pessoa autônoma e participante ativa nos processos de cuidado de sua saúde. As práticas deveriam valorizar a dimensão biológica, psicológica, social e cultural; oferecer ações curativas, de promoção à saúde e prevenção de doenças, alicerçadas pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Entretanto, desafios impactaram na sua implementação, tais como baixa qualificação dos recursos humanos, modelo assistencial voltado para as ações curativas e hospitalares e para a produtividade, independentemente da qualidade da atenção (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2011; CASSIANO et al., 2014).

A implantação do PAISM representou uma ruptura conceitual, ao separar a atenção à mulher das ações direcionadas a crianças e adolescentes e ao incluir o princípio da atenção integral. Também representou a sistematização das práticas de saúde para o pré-natal, atenção ginecológica, nesta incluídos prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de mama e de colo uterino; planejamento familiar, com ações dirigidas, sobretudo à contracepção (RATTNER, 2014).

O PAISM constituiu uma conquista do movimento feminista, na perspectiva da dissociação entre sexualidade e reprodução, com ampliação da atenção à saúde da mulher, cujo foco era gravidez, parto e puerpério. Importante ressaltar a ênfase às atividades

educativas participativas como espaço de escuta, diálogo e troca de experiências entre as mulheres e o serviço de saúde, redirecionando a compreensão sobre essa prática, até então, sob monólogo tecnicista e unilateralização do saber (MOUTA; PROGIANTI, 2017; RATTNER, 2014).

Embora tenha representado uma grande conquista, em que a mulher até então era valorizada no ciclo gravídico-puerperal, passava a ter suas diferentes demandas consideradas, sobretudo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, as avaliações do Programa demonstraram que a implantação e implementação não conseguiram efetivamente seguir as suas diretrizes e dar as respostas a que se propunha. Isso porque perdurava na organização dos serviços e na formação de profissionais, o modelo assistencial hegemônico que incluía a baixa resolubilidade, sobretudo associada a assimetrias entre demanda e oferta (SANTOS NETO, et al., 2008).

Apesar do PAISM, o governo não o implantou completamente, nem gerou subsídios para implementação nos Estados e municípios que incorporam a proposta. Assim, a atenção à saúde das mulheres manteve muitos limites, a exemplo das ações relativas à assistência ao ciclo gravídico-puerperal, tais como falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais, o que desencadeava a peregrinação das mulheres entre serviços hospitalares por vagas no momento do parto (CASSIANO et al., 2014). Também, na atenção básica, onde se concentra a maior parcela das práticas de saúde para mulher, o cuidado prestado voltava-se às questões relativas à reprodução, mesmo que o atendimento estivesse relacionado ao planejamento reprodutivo, prevenção e tratamento de IST, detecção do câncer de mama e cérvico-uterino (PINHEIRO; COUTO, 2013).

No contexto do PAISM, práticas profissionais conservadoras se mantiveram, e as mulheres continuaram a ser responsabilizadas pela concepção ou anticoncepção e prevenção de IST, sem promoção de ações que incluíssem os homens como parceiros e corresponsáveis dos processos relativos à sexualidade e à reprodução (PINHEIRO; COUTO, 2013).

A década de 1990 pode ser caracterizada por forte mobilização do movimento de mulheres e feminista. Esse foi impulsionado pelas ideias defendidas internacionalmente em conferências, como a de Direitos Humanos, em 1993, que defende e aprova nos seus documentos oficiais que “os direitos das mulheres são direitos humanos”, sendo inalienáveis e constituem parte integral e indissociável dos direitos humanos universais afirmados em 1948. Essa definição materializa uma agenda social internacional em várias outras conferências, entre essas, a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Beijing, 1995) que coloca a violência

de gênero no mesmo patamar de outras violências brutais (SOUZA; TYRRELL, 2010; PRÁ; EPPING, 2012).

A Conferência de Beijing, 1995, merece destaque, pois possibilitou a abertura da discussão sobre o feminismo e as relações raciais e étnicas, em âmbito mundial. Além disso, foi construída a Plataforma de Ação de Beijing voltada à emancipação das mulheres e composta por estratégias direcionadas à promoção, à proteção e ao fortalecimento dos direitos humanos das mulheres. Inclui, também, a eliminação de obstáculos ao exercício desses direitos em âmbito público e privado, além da construção de indicadores/marcadores para avaliar esse processo (PRÁ; CHERON, 2014; ALFAMA; CRUELLES; DE LA FUENTE, 2014).

Em defesa dos direitos reprodutivos, esse evento estabeleceu estratégias para transformar a situação das meninas e mulheres em todo o mundo: integrar a organização de mulheres nas tomadas de decisão com o pleno respeito a sua autonomia, promover o livre exercício da sexualidade sem violência, promover condições para o exercício pleno do direito de ter ou não filhos, promover a participação do homem nos processos relativos à sexualidade e reprodução, reconhecer o aborto como problema de saúde pública, promover o fortalecimento da autoestima e do poder de decisão das mulheres e promover igualdade de direitos entre homens e mulheres (SOUZA; TYRRELL, 2010; PRÁ; EPPING, 2012).

O Brasil, como um dos países signatários na Conferência de Beijing, assumiu o compromisso de elaboração e implementação de políticas que transformassem a realidade das mulheres em diversos setores. No campo da saúde, a reestruturação do sistema tem promovido mudanças por meio de políticas públicas, programas e ações estratégicas (MACHIN et al., 2011; CARNEIRO, 2013).

Assim, objetivando atender aos compromissos assumidos nas conferências e pôr em prática as propostas da Plataforma de Ação de Beijing, o governo brasileiro, especialmente a partir dos anos 2000, inclui a perspectiva de gênero nas políticas públicas para vários campos, entre esses o da saúde (MARTINS; MALAMUT, 2013). O uso governamental de gênero como categoria para compreensão da situação de desigualdade das mulheres funciona como um sinal, tanto do seu papel transformador quanto da sua importância em ser incorporada às práticas. Assim, sua aplicabilidade para análise da realidade abre caminhos à superação de desigualdades reproduzidas, em diferentes espaços sociais (ALFAMA; CRUELLES; DE LA FUENTE, 2014).

Nesse propósito, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

Mulher (PNAISM), em 2004, que reconhece a contribuição teórico-prática do movimento feminista e inclui efetivamente em seu texto a categoria gênero como ferramenta de análise da realidade. Ao incluir gênero, como instrumento a ser considerado na implantação e na implementação da PNAISM, há o reconhecimento das contribuições do feminismo para a transformação da situação feminina e no processo de (re)construção da democracia brasileira (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2011).

A PNAISM introduz ações voltadas ao climatério, atenção ao abortamento inseguro, a grupos populacionais femininos “esquecidos” de suas demandas e especificidades, como mulheres negras, em situação de prisão, índias, lésbicas, bissexuais, que fazem sexo com mulheres que vivenciam a transexualidade e transexuais, trabalhadoras rurais, portadoras de deficiência, em situação ou risco de violência, vivendo com HIV/Aids, quilombolas, ciganas, profissionais do sexo, vivendo em situação de rua. Especialmente, reconheceu a participação do movimento de mulheres no processo de elaboração, execução e avaliação da política de atenção integral à saúde da mulher, como pode ser historicamente verificado pela certificação dos documentos construídos nas Conferências de Políticas para mulheres realizadas nos âmbitos locais, municipais, estaduais e nacionais, aproximadamente a cada dois anos, desde 2004 (ZOCHE et al., 2013; RATTNER, 2014).

Na atualidade, no Brasil, observam-se entraves em indicadores de saúde, a exemplo da estagnação da mortalidade materna em 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Mesmo após a PNAISM, enfrenta desafios relacionados à permanência de elevada razão de mortalidade materna. Além desse quadro, o câncer ginecológico apresenta-se como a primeira causa de morte por câncer em mulheres. Houve, também, aumento dos casos de câncer do pulmão e das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, situações essas intimamente relacionadas ao estilo de vida. Ademais, há pouca resolubilidade das ações voltadas à vulnerabilidade de gênero, de raça e social das mulheres adolescentes, relacionadas à gravidez, à contaminação por IST/HIV e à violência doméstica (RATTNER, 2014).

Em relação ao HIV/aids, o número de casos de Aids desagregado por sexo apresenta a seguinte distribuição temporal: 1980-2003 aumento no número de mulheres; 2004-2008, mantêm-se 15 homens para 10 mulheres; 2009-2014, 19 homens para 10 mulheres, podendo essa situação ser reflexo da maior procura para realização do teste anti-HIV pelos homens, porém a taxa de gestantes com HIV tem aumentado, reafirmando a situação de vulnerabilidade de gênero para as mulheres (SOUZA, 2013; BRASIL, 2015).

Diante desses entraves, vê-se que a criação de políticas reorganizadoras do sistema de

saúde não garante mudanças imediatas nas práticas profissionais, cuja formação se mantém atrelada ao modelo clínico. Na prática, esse ainda se sobrepõe ao que defende a atenção básica como espaço privilegiado de promoção, prevenção e cuidado a pessoas e coletividades, valorizando-se os determinantes sociais do processo de saúde e de adoecimento (RATTNER, 2014).

2.2 ABORTAMENTO E CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Globalmente, as conquistas da década pós-conferências internacionais, Beijing e Cairo, não mudaram eficazmente alguns indicadores epidemiológicos relativos à saúde das mulheres. Diante desse fato, a Declaração do Milênio da ONU, no ano 2005, incluiu em seus objetivos promover a igualdade entre os sexos, a autonomia das mulheres e a melhoria da saúde materna (UNITED NATIONS, 2015a).

Avaliados em 2015, no processo denominado Pequim+20 (CHANDRA-MOULI et al., 2015), verificou-se redução significativa da razão da mortalidade materna em nível mundial (45%), sendo mais lenta na América Latina e Caribe, com 77 e 190 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2013, respectivamente. Entre 1990 e 2013, a taxa de mortalidade materna diminuiu 64% no sul da Ásia e 49% na África Subsaariana. Na mesma linha, a prevalência mundial da contracepção, em mulheres de 15 a 49 anos, casadas ou em união, aumentou de 55% em 1990 para 64% em 2015 (UNITED NATIONS, 2015b).

Apesar das mudanças, mantiveram-se altos os índices de gravidez não planejada em todo o mundo que culminaram em aborto. Nos países em que ocorre na clandestinidade, o abortamento constitui importante problema de saúde pública, ocupando no Brasil, o 4º lugar como causa de mortalidade materna (DIAS et al., 2015). Como questão de saúde pública, expressa dificuldades das mulheres em exercer os direitos reprodutivos, entendidos como os direitos de regular a sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam a responsabilidade pelas consequências do exercício de suas práticas sexuais (LUFFY; EVANS; ROCHAT, 2015).

Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a escolha de uma gravidez dá-se como exercício da autonomia e da liberdade reprodutiva. Nesse sentido, gravidez não planejada pode ser compreendida como resultante de um processo em que inexistiu a livre decisão da mulher ou do casal para sua ocorrência (COELHO et al., 2012). Questões relacionadas à identidade de gênero são transversais à sua ocorrência, de modo que a naturalização da maternidade participa da decisão e dos conflitos que acompanham o processo decisório

relativo à continuidade ou à interrupção (SOUSA, 2011a; COELHO et al., 2012).

As circunstâncias em que acontecem fazem com que o aborto constitua um dos desfechos dessas gestações em todo o mundo, sendo assim considerado um problema de saúde pública (ODURO; OTSIN, 2014). Assim, o aborto representa uma das consequências da prevalência brasileira de gravidez não planejada, 45,8%, conforme Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 2009 (BRASIL, 2009).

Em contextos de baixa situação socioeconômica, no caso do Brasil, o suporte do Estado constitui diferencial para proteger as mulheres, quando da interrupção da gravidez. Todavia, mesmo quando existem serviços que promovem a interrupção da gravidez no sistema público de saúde, as mulheres que ocupam posição étnica e social desfavorável são as que mais buscam atendimento. Como exemplo, nos Estados Unidos, os índices de abortamento induzido são reduzidos, mas são as mulheres negras, latinas e imigrantes as principais usuárias dos serviços (DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013). Já em Ghana, pesquisas mostram que questões econômicas, necessidade de espaçamento entre gestações, repercussões da gravidez nas relações familiares são elementos envolvidos na decisão pelo aborto (ODURO; OTSIN, 2014).

Em países em que o aborto é criminalizado, as mulheres buscam sua realização na clandestinidade, muitas vezes em condições insalubres. Sua vulnerabilidade se amplia quando em situação de baixa renda pessoal ou familiar, de baixa escolaridade, de estar fora do mercado de trabalho e de dependência financeira de parceiros, que nem sempre as apoiam no processo decisório e na realização do abortamento. Além disso, a rede de saúde em que buscam atenção subestima o contexto em que as mulheres vivenciam suas experiências reprodutivas (PALOMINO et al., 2011; BARROS, 2013).

No Brasil, em que o suporte do Estado inexistente pela ilegalidade, o aborto inseguro tem destaque por ser uma das principais causas de morte de mulheres, correspondendo a 10 a 15% dos óbitos maternos (FERRAZ; BORDIGNON, 2012; RIBEIRO et al., 2015). Pesquisas com mulheres usuárias da rede pública de saúde revelam que condições socioeconômicas, apoio do parceiro, estabilidade da relação e número de filhos/as participam da decisão de continuidade ou interrupção da gestação e constituem aspectos que se interseccionam nas experiências vivenciadas por mulheres com o aborto provocado (FERRAND, 2008; SOUSA, 2011b; BAJOS et al., 2013), com sobreposição do apoio do parceiro às condições socioeconômicas.

Mesmo em países que apresentam um sistema de saúde de qualidade e com acesso a serviços legais de aborto, a possibilidade de realizar a interrupção de forma segura não

garante às mulheres o respeito a suas demandas. Assim, o direito reprodutivo de estabelecer o desfecho da gravidez não garante a liberdade e a autonomia das mulheres, pois a decisão dá-se em meio a conflitos oriundos de aspectos culturais, relações familiares e com parceiros, fortemente presentes na decisão pelo aborto, como evidenciado em pesquisa realizada na Suécia (EKSTRAND et al., 2009).

Em todo o mundo ainda há meninas e mulheres que morrem por complicações da gravidez, pelo aborto e por falta de acesso a bens e serviços estabelecidos como direitos civis (UNITED NATIONS, 2015b; GERMAIN et al., 2015). No Brasil, indicadores epidemiológicos, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, mostram problemas de saúde fortemente entrelaçados com as relações de gênero e com a qualidade da atenção no sistema de saúde, que incidem diretamente em gravidezes não planejadas, abortos e mortalidade materna (BRASIL, 2009).

No Brasil, estima-se a ocorrência de 729 mil a 1,25 milhão de abortos inseguros por ano, sendo a interrupção insegura da gravidez uma das principais causas de morte de mulheres, correspondendo de 10 a 15% dos óbitos maternos (FERRAZ; BORDIGNON, 2012, MARTINS- MELO et al., 2014; RIBEIRO et al., 2015). Essa situação compreende um conjunto de fatores que vai além dos aspectos socioeconômicos, envolvendo problemas nas relações pessoais ou atenção ao planejamento reprodutivo ineficaz (ELAMIN; FAZARI, ELMUSHARAF, 2017), o que impacta no exercício de direitos e na integralidade do cuidado.

A maior amplitude das ações, na atenção à saúde das mulheres, ocorre na atenção primária, que se dá majoritariamente no espaço da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia agrega programas de saúde, incluindo aqueles voltados às especificidades da mulher e implementa ações no campo da vigilância em saúde e da promoção da saúde, considerando o contexto familiar e sociocultural das/os usuárias/os e os determinantes do processo saúde-doença (FERTONANI et al., 2015).

No espaço da atenção hospitalar, as ações voltadas à saúde das mulheres estão relacionadas ao tratamento dos agravos de saúde relacionados com ações no atendimento à mulher em situação de violência doméstica, câncer de mama e cérvico-uterino, trabalho de parto, puerpério, complicações da gravidez e do aborto (CASSIANO et al., 2014; VIEIRA; MARCOLINO; CORREIO, 2014, ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017).

Nesse ambiente de atenção à saúde, as desigualdades de gênero são reproduzidas por meio de julgamentos morais, práticas de cuidados que subestimam as demandas femininas e perpetuam o modelo biomédico que desconsidera a complexidade do processo saúde-doença.

Essas limitações no sistema influenciam os indicadores epidemiológicos sobre a saúde da mulher que expressam problemas entrelaçados com as relações de gênero (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

No Brasil, considerando a atenção hospitalar à mulher nas situações que ultrapassam as responsabilidades da atenção primária, embora tenha havido ampliação da cobertura, identificam-se problemas no nível da organização dos serviços e das práticas, pois ainda não incorporaram a perspectiva de gênero e da integralidade. Assim, em relação à atenção à saúde das mulheres, somam-se, aos problemas ligados à atenção básica, os do espaço hospitalar. Nesses espaços, há limites na compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos como uma conquista das mulheres e na sensibilização de profissionais de saúde para as questões que os envolvem, como também há o desafio de ampliar a participação masculina no processo reprodutivo (MACHIN et al., 2011; CARNEIRO, 2013).

Uma das consequências dessas práticas de saúde que não escutam sensivelmente as demandas femininas para além do biológico é a violência institucional no processo de abortamento. Além das experiências que as mulheres vivenciam no processo decisório pelo aborto como os conflitos e os riscos sem a devida participação masculina, ainda sofrem discriminação nos serviços (MADEIRO; RUFINO, 2017; LIMA et al., 2017; SOUTO et al., 2017).

Nesse contexto, a integralidade do cuidado é comprometida pela reprodução de relações desiguais de gênero, mesmo com políticas de saúde inclusivas. A transformação da realidade necessita da concretização de práticas de atenção, respeitando as demandas femininas e a busca por cuidado à saúde. A oferta de ações e serviços é influenciada por questões estruturais, organizacionais e pelas práticas profissionais, o que repercute diretamente na satisfação das mulheres (COELHO et al., 2012).

No tocante à atenção a mulheres em situação de abortamento, estabelecem-se relações desiguais no espaço hospitalar, com violência institucional e de gênero. O Brasil, país com restrições legais ao aborto, o respalda apenas em situações de risco de morte para a mulher e gravidez conseqüente à violência sexual, desde 1940 e, em situações de anencefalia, desde 2012 (SANTOS, BRITO; SILVA, 2017; LIMA et al., 2017).

As relações desiguais de gênero no espaço do cuidado em situação de abortamento e pós-abortamento incluem julgamentos morais de profissionais de saúde que se esquecem de seu juramento (SANTOS; BRITO; SILVA, 2017, LIMA et al., 2017). Esses julgamentos são

construídos em meio a relações sociais que naturalizam a maternidade e desrespeitam os direitos reprodutivos das mulheres. Não atender ao comportamento esperado é desafiar normas sociais, e a mulher é julgada de forma arbitrária, sem considerar o contexto da decisão em que se inclui a complexidade do itinerário abortivo (MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; NDUNYU, 2013; PÉREZ, 2006; REBOUCAS, 2010; RIBEIRO, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; SUMMIT et al., 2016; TORRES, 2013).

Mediante resultados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), uma em cada cinco mulheres realizou pelo menos um aborto durante sua vida reprodutiva. Essa realidade se revela nos registros de internação por complicações relacionadas ao aborto induzido e inseguro. Destaca-se que nem toda cidadã que interrompe a gravidez busca esses serviços, gerando mais uma situação de subnotificação dos dados (SANTOS; SILVEIRA, 2017; SANTOS; BRITO; SILVA, 2017).

O modo acolhedor e resolutivo proposto pela integralidade precisa nortear as relações profissionais com as usuárias com sensibilidade às demandas das mulheres e livres de julgamentos morais. Todavia, mesmo com a existência, desde 2005, da Norma Técnica de atenção e humanização em situação de abortamento, a assistência não reflete o estabelecido (LIMA et al., 2017).

Nas maternidades e em hospitais com leitos obstétricos, as mulheres vivenciam situações de violência verbal, são coagidas, e a realização dos procedimentos para prevenir ou reduzir os riscos das complicações e o alívio da dor é postergada. Nesse contexto de atenção, a equipe de enfermagem também reproduz essa assistência desumanizada (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; SOUTO et al., 2017).

É preciso que se incorpore que na rede de cuidados à mulher, a atenção hospitalar apresenta-se como espaço para resolubilidade de questões específicas ao ciclo gravídico-puerperal associadas a parto, puerpério, e cuidados pós-abortamento. Também é responsável por ações direcionadas à resolubilidade das demandas relacionadas à média e alta complexidade e constitui espaço privilegiado para identificar e intervir de modo acolhedor e humanizado nas situações que envolvem cuidado à saúde das mulheres, quase sempre marcadas por desigualdades de gênero.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

As reflexões empreendidas pelo feminismo sobre a situação feminina objetivam a transformação da realidade social e ocorrem num processo de crítica à Ciência Moderna, mesmo que se reconheçam suas contribuições. O discurso feminista apresenta mudanças com a passagem da militância de base para o acadêmico, nas décadas de 1960 e 1970, com reflexões e uso de teorias voltadas para as relações de poder e o questionamento da dicotomia público/privado (CRUZ, 2014).

A partir da década de 1960, período em que o feminismo se organizou como movimento político na Europa, buscam-se explicações para a origem da opressão feminina. Nesse período, coexistiram numa relação tensa e com fortes embates três posições teóricas para explicar as desigualdades sociais entre mulheres e homens (CONCEIÇÃO, 2009).

A primeira posição é o Patriarcado que justifica a dominação da mulher pelo homem, em função da reprodução e da própria sexualidade. Assenta suas explicações nas diferenças corporais entre homens e mulheres, sendo imutáveis e a-históricas, portanto uma visão essencialista. Ignora a intensidade da dominação que tem variações de sociedade para sociedade, de época para época (SAFFIOTI, 1992; SCOTT, 2000; TORRÃO FILHO, 2005).

O Marxismo, outra posição teórica, imputa a dominação da mulher ao sistema capitalista, apontando as desigualdades historicamente construídas sobre trabalho reprodutivo e produtivo. A divisão sexual do trabalho é responsabilizada pelas desigualdades, pois cabe aos homens o trabalho produtivo, que gera produtos com valor capital de troca e pelas mulheres, os relativos aos cuidados para manutenção da vida, tais como gestar, cuidar das crianças e doentes, sem valor capital. Essa abordagem avança nas reflexões sobre a opressão, distanciando-se do essencialismo. Porém, a explicação material não dá conta de explicar as desigualdades, uma vez que os sistemas econômicos não determinam de forma direta a subordinação feminina, tendo em vista ser anterior ao capitalismo e se manter no socialismo (SCOTT, 2000; SARDENBERG, 2004; CONCEIÇÃO, 2009).

As abordagens psicológicas, a terceira posição, são representadas por duas escolas de pensamento. A Anglo- Americana, cuja referência é Nancy Chodorow, fundamenta-se na teoria das relações de objeto que destaca a formação do sujeito pela experiência concreta, ver, sentir, ouvir. Já a escola Francesa, representada por Jacques Lacan, fundamenta-se nas leituras estruturalistas e pós-estruturalistas de Freud, no contexto das teorias da linguagem, defendendo o papel central da linguagem na comunicação, interpretação e representação de

gênero (SCOTT, 2000; HARAWAY, 2004).

As duas escolas tinham em comum o interesse pelos processos de criação da identidade do sujeito na infância. Essas abordagens psicológicas apresentam como fragilidade a permanência da explicação de uma origem para opressão feminina, fundamentada na diferença sexual e em estruturas psíquicas. Essas construídas no espaço de inter-relações familiares e domésticas, sem reconhecimento das influências de outros sistemas e desconectadas de processos históricos (SCOTT, 2000; HARAWAY, 2004).

Reflexões sobre tais abordagens por teóricas feministas, nos anos 1970, desencadearam discussões sobre a necessidade de desconstruir a dicotomia mulher-homem, repensando os espaços ocupados por ambos e avançando na perspectiva relacional.

As diferenças biológicas entre os corpos femininos e masculinos respaldaram e ainda respaldam os papéis socioculturais de mulheres e homens, em todas as sociedades. A partir de tais diferenças, foram estabelecidas relações desiguais e de poder, que colocam os homens em condição de privilégio e as mulheres de subordinação. Essas diferenças interpretadas como desigualdades estabeleceram padrões de comportamento, modos de acesso a serviços e bens, além do lugar social (público para os homens/ privado para as mulheres) e civil (direitos e exercício da cidadania) (MATOS, 2013; ALZUGUIR; NUCCI, 2015).

A ideia sobre gênero foi proposta no livro *Segundo Sexo* (BEAUVOIR, 1949), mas é no artigo de Gayle Rubin (1975), “Tráfico de Mulheres - notas sobre a economia da política do sexo” que é apresentado o sistema “sexo/gênero”. O termo gênero é utilizado pelo feminismo para compreender as influências socioculturais no processo de dominação-exploração feminina e desnaturalizar a opressão das mulheres.

Rubin (1975) esclarece que o sistema sexo/gênero compreende um conjunto de estratégias que transforma o sexo feminino em produto da atividade humana, a mulher domesticada, resultado do gênero. Assim, sexo seria intocável, natural, mas o gênero pelo seu caráter sócio-histórico e cultural fica permeável a transformações propostas pelas feministas. Outra autora que reforça a desnaturalização da opressão feminina, Ann Oakley (1972), no seu artigo “Sex and Gender”, sobre a construção da identidade de gênero, a partir de reflexões sobre indivíduos hermafroditas, reforça o fato do impacto da aprendizagem cultural sobrepondo aspectos biológicos no estabelecimento de comportamentos reconhecidos socialmente como femininos e masculinos.

Na década de 1980, o artigo de Joan Scott, “Gênero - uma categoria útil para análise histórica” contribui como um “salto” teórico-metodológico para os estudos feministas,

havendo uma grande diferenciação entre as produções antes e após a sua aplicabilidade (SARDENBERG, 2004).

O conceito de gênero permitiu desnaturalizar as desigualdades e situações de subordinação impostas às mulheres nas relações com os homens. Isso possibilitaria transformar a realidade, como colocam Flax (1991), Sorj (1992) e Machado (1998), ao fazerem reflexões sobre gênero como novo paradigma. Inicialmente, esse percurso foi marcado pela busca da origem da sujeição feminina, passando pela explicação das relações a partir de um instrumento empírico, as relações de gênero.

O conceito de gênero é apropriado pelas feministas como contraposição ao uso do determinismo biológico para explicar a subordinação feminina e a crítica aos dualismos natureza/cultura e sexo/gênero, sendo sexo e gênero construções socioculturais, históricas, com um entrelace entre corpo, sexo, sexualidade e gênero (CARVALHO; RABAY, 2015). Para Scott (2000, p. 21), gênero "é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder".

A primeira proposição considera que as relações sociais são fundadas nas diferenças perceptíveis entre os sexos. Gênero compreende quatro elementos inter-relacionais: os símbolos culturalmente disponíveis e que evocam representações múltiplas e frequentemente contraditórias como, por exemplo, mitos da luz e da escuridão, da inocência e da depravação; conceitos normativos que dão significado aos símbolos de forma binária e oposta, expressos nas doutrinas religiosas, educativas, jurídicas e incorporados como senso comum e não como conflito; instituições e organizações sociais que legitimam símbolos e normas, estabelecendo um determinismo das representações do ser feminino e masculino; e identidade subjetiva que se constrói e é construída no entrelace dos elementos anteriores, sem contudo ser universal (SCOTT, 2000).

A segunda proposição de gênero como categoria analítica são as relações de poder, não sendo o único campo, mais o primeiro, essas relações se articulam com outros espaços sociais, validando a situação de opressão. Nessa perspectiva, se constróem e se reproduzem relações pretensamente naturais entre o masculino e o feminino. Assim, gênero é mais que um instrumento e para entendê-lo é necessário articular e refletir sobre a linguagem, os símbolos, as instituições para além da dualidade oposicionista do pensamento, devido ao risco de recair no binômio mulher/homem, masculino/feminino (SCOTT, 2000).

Gênero indica as construções culturais e sociais dos papéis estabelecidos para mulheres

e homens, refere-se às origens sociais e subjetivas das identidades e é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 2012). Essa categoria pode auxiliar na compreensão do significado e repercussões das complexas relações entre seres humanos. Gênero como um condicionante social está presente nas relações entre homem e mulher, homem-homem, mulher-mulher que se processam em várias situações e setores como relações de trabalho, na educação, na política e na expressão das demandas femininas e masculinas e são apreendidas junto a família, escola, igreja e mídia (SCOTT, 2000; LOURO, 2008).

A construção dessa categoria ocorre na práxis do movimento feminista e numa conjuntura sócio-histórica favorável, contribuindo para a releitura da situação das mulheres na sociedade. Sob o enfoque de gênero é possível compreender a divisão sexual do trabalho e a repercussão da mesma no exercício da cidadania feminina, considerando-se os diferentes contextos da inserção social das mulheres e homens, estes em situação de privilégio em relação às mulheres.

Gênero é uma categoria dinâmica e se relaciona com outras categorias sociais. Em seu texto, "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra", Donna Haraway (2004) destaca o fato dos limites da conceituação de gênero sem desconsiderar os aspectos históricos, políticos e linguísticos envolvidos na opressão das mulheres. A aplicabilidade do gênero pelo feminismo, para essa autora, propõe-se a explicar e transformar sistemas históricos de diferença sexual, nos quais as mulheres vivenciam situações de desvantagem hierárquica e antagônica em relação aos homens.

Henrietta Moore (1997) é outra autora que contribuiu com os estudos de gênero. Traz reflexões sobre a necessidade de reconhecer que no sistema sexo/gênero, não é possível limitar sexo a uma posição de natural, imutável. Em seu texto "Compreendendo sexo e gênero" destaca a importância de avançar nas reflexões sobre sexo e gênero. Para Moore, sexo também é culturalmente construído, pois se utiliza da ciência sobre a anatomia e se constroem conceitos a partir de práticas culturais para dar sentido a partes do corpo. Desse modo, desconsidera ou marginaliza os que não se enquadram nos parâmetros estabelecidos. Logo, questiona se a separação proposta pelas relações envolvidas no sistema Sexo/gênero deveriam permanecer dissociadas, perpetuando a lógica binária de categorização sexual.

Nesse processo de construção dos estudos de gênero, quase 20 anos depois, Gayle Rubin (1994) apresenta novas contribuições em seu texto "Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade". Para a autora, o controle sobre os

comportamentos sexuais implica na perpetuação de ideias que estratificam indivíduos e cerceiam o exercício da sexualidade. Assim, as categorias sexualidade e gênero precisam ser implementadas de forma indissociada na compreensão da realidade, devido às falácias impostas ao ato sexual que constrói estratos eróticos e sexuais especialmente no contexto ocidental.

Todas essas autoras destacam a necessidade de reconhecimento dos limites da categoria gênero na sua construção, ao desconsiderar a interseccionalidade das identidades. Assim, a crítica das feministas negras sobre a localização da "raça" nas relações (COLLINS, 1991; BRAH, 2006) e das lésbicas sobre a perpetuação da heteronormatividade para os arranjos sociais (BUTTLER, 2003) desencadeou a reflexão sobre as situações de gênero específicas e a necessidade de articular com outras categorias.

No seu trabalho “Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade”, Butler (2003) critica a universalização da identidade mulher, pois defende que existam identidades, que sexo também deve ser considerado como categoria histórica, e a linguagem precisa ser questionada por também ser um instrumento para perpetuação de ideologias de poder que hierarquiza e antagoniza as pessoas.

Essas reflexões empreendidas no processo de construção da categoria gênero precisam ser continuamente reconhecidas, pois sendo gênero um dos condicionantes sociais e entendendo que sua aplicação ressalta as diferenças entre homens e mulheres construídas como desigualdades e colabora para análise das mesmas, possibilita marcar situações que impactam em diversos campos, como o da saúde.

Assim, o reconhecimento de gênero como categoria analítica capaz de compreender a realidade e transformá-la foi um processo que envolveu a práxis feminista na produção e sistematização de conhecimento sobre os impactos das relações desiguais justificadas pelas diferenças de sexo na saúde. Nesse campo representou a luta pela vida, por políticas e práticas que reconhecessem e superassem desigualdades.

3.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA - PROPOSTA SEGUNDO JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI)

No contexto atual de acelerada produção de conhecimento, o estabelecimento de consenso na área da saúde sobre um determinado fenômeno contribui para qualificar a prática. Assim, a necessidade de síntese é um fato, sendo o uso de revisões sistemáticas uma contribuição nesse processo, por serem metodologicamente rigorosas e buscarem minimizar possíveis vieses, além de contribuírem para o estabelecimento/reconhecimento de evidências e consensos que podem ser aplicadas na atenção à saúde (ZOLTOWSKI et al., 2014; AROMATARIS; PEARSON, 2014).

A revisão sistemática constitui uma pesquisa bibliográfica, em contínuo aperfeiçoamento metodológico com o objetivo de investigar de forma mais abrangente e criteriosa um fenômeno. Entendida como investigação que se desenvolve a partir de questão rigorosamente definida, tem por finalidade identificar, selecionar, avaliar e sintetizar conclusões, mediante análise empreendida em estudos que atendem a critérios de elegibilidade predefinidos. Diante dessa caracterização, a revisão sistemática diferencia-se da revisão tradicional ou narrativa, por buscar realizar avaliação, análise e síntese do conhecimento produzido. Já a tradicional realiza o mapeamento do conhecimento produzido sobre determinado tema (GALVÃO; PEREIRA, 2014; GARCIA, 2014; VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Historicamente, a origem da revisão sistemática se dá na área médica, a partir de 1972, com o livro "Effectiveness and Efficiency", escrito por Archibald Cochrane. Nesse, o autor faz sérias críticas à prática médica aplicada em tratamentos, procedimentos ou quaisquer tipo de intervenção sem evidências sistematicamente estabelecidas. Também, nesse livro, destaca que os ensaios clínicos randomizados apresentam a proposta metodológica de investigação mais rigorosa. Assim, a sistematização dos dados gerados a partir de revisões de produções dessa categoria possibilita estabelecimento de evidências que contribuem para boas práticas na atenção à saúde (RIBEIRO, 2014).

De-la-torre-ugarte-guanilo, Takahashi, Bertolozz (2011) e Aromataris, Munn (2017) recomendam como primeira etapa de sistematização da produção de conhecimento a investigação em bases de dados internacionais JBI, Cochrane Library e PubMed, a fim de verificar ineditismo ou atualização do consenso.

Organizações foram constituídas com o objetivo de aperfeiçoar o método, avaliar as produções e constituir acervo reconhecido de protocolos e revisões realizadas. Essas

organizações são guiadas convergentemente pelo rigor na elaboração e realização das revisões, mas divergem na inclusão ou exclusão das abordagens metodológicas das investigações a serem analisadas para estabelecimento de consenso. Algumas dessas organizações são, na área da saúde, UK Cochrane Center (University Oxford), NHS (Centre for Reviews and Dissemination, University of York), JBI (Joanna Briggs Institute, University Adelaide) e, na área educacional, Campbell Colaboration (University Pennsylvania) (KARINO; FELLI, 2012; PEARSON; SOARES, 2013; GOMES; CAMINHA, 2014, VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

O JBI se caracteriza, nos seus vinte anos, como instituição de pesquisa sem fins lucrativos na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Adelaide, na Austrália. Inicialmente preocupava-se com questões relativas apenas à Enfermagem, mas gradualmente expandiu suas investigações para outras áreas da saúde. Apresenta como objetivos apoiar a síntese de evidências advindas de variadas fontes de produção de conhecimento, promover e facilitar a transferência de tais evidências para práticas de saúde e fornecer recursos para auxiliar na implementação de evidências de forma sistemática e monitorada. Defende que a utilização da diversidade de abordagens metodológicas a serem investigadas deve ser considerada quando se reconhece a associação entre os cuidados de saúde e fatores sociais, culturais e econômicos para o desenvolvimento do cuidado à saúde (KARINO; FELLI, 2012; PEARSON; SOARES, 2013; AROMATARIS; MUNN, 2017).

Esse posicionamento inclusivo da proposta do JBI e a existência de um Centro Colaborador na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) são facilitadores do desenvolvimento da revisão sistemática no Brasil, sob o rigor metodológico exigido. A representação no Brasil justifica a escolha desse Instituto como referência para construção de marcadores de gênero em saúde da mulher, na atenção primária. Na EEUSP, o Grupo de Estudos Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em saúde coletiva realiza pesquisas para construção, validação e aplicação de marcadores sociais da diferença, a partir da proposta metodológica de revisões sistemáticas, constituindo referência para a pesquisa que ora se prope..

O Instituto Joanna Briggs caracteriza as revisões em: de evidência qualitativa, de eficácia, de texto e opinião, de prevalência e incidência, de evidência econômica, de etiologia e risco, de métodos mistos, de precisão de teste diagnóstico; revisão “abrangente” ('umbrella' review ou revisões sistemáticas de revisões sistemáticas); e scoping review (AROMATARIS; MUNN, 2017).

O JBI defende que a aplicação dessa metodologia possibilita elaborar consensos para serem aplicados nas práticas de saúde (JBI,2014), sendo comum a utilização de revisões sistemáticas para elaboração de marcadores sociais da diferença para serem implementados na atenção primária (CAVALCANTE, 2012; DE-LA-TORRE-UGARTE-GANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2013; VAL; NICHIATA, 2014). A aplicação dessa proposta metodológica, para construção de marcadores de gênero a partir de demandas de saúde de mulheres em resultados de pesquisas sob o enfoque de gênero no âmbito da atenção primária, dar-se-á neste estudo.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como estudo de desenvolvimento metodológico com abordagem qualitativa. Esse tipo de investigação compreende a obtenção e organização de dados por meio de pesquisas rigorosas, para o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos confiáveis, precisos e passíveis de serem utilizados por pesquisadores ou profissionais (POLIT; BECK, 2011; LIMA, 2011; CROZETA, 2012; NASCIMENTO, 2013).

A aplicação da abordagem qualitativa ocorreu durante todo o processo de construção do instrumento. Essa proposta contribui para implementação de propostas em realidades concretas, possibilitando efeitos mais diretos para a população-alvo (CROZETA, 2012; NASCIMENTO, 2013).

A pesquisa foi composta por três etapas: A primeira etapa constou de uma Revisão Sistemática da literatura sobre experiências de mulheres com história de abortamento induzido resultante de gravidez não planejada; a segunda etapa constou da elaboração de marcadores de gênero, a partir dos elementos de gênero identificados nas metassínteses resultantes da revisão sistemática; e a terceira correspondeu à construção do instrumento baseado nos elementos de gênero identificados. Os marcadores compuseram um instrumento que para ser aplicado nos serviços para uso no cuidado à saúde das mulheres com história de abortamento, na atenção primária, deve ser submetido à validação.

É importante destacar que os indicadores quantitativos de gênero (BRASIL, 2014), aplicados atualmente pelo governo brasileiro para avaliar as condições de saúde por meio de dados sociodemográficos e epidemiológicos, não permitem imediata intervenção com ações direcionadas à situação identificada.

A enfermagem brasileira apresenta-se como uma das pioneiras na construção de indicadores qualitativos de gênero (IQG) (NASCIMENTO, 2000; ALMEIDA, 2005; OKABE, 2010; PIOSIADLO, 2013). As autoras buscaram mediante experiências das mulheres junto aos serviços compreender como melhorar a atenção primária ao pré-natal (NASCIMENTO, 2000), atenção no alojamento conjunto (ALMEIDA, 2005) e a situação de violência doméstica contra a mulher (OKABE, 2010; PIOSIADLO, 2013). Todavia, não foi identificada a aplicação desses indicadores nos serviços de saúde onde foram realizadas as pesquisas.

Os marcadores sociais da diferença têm aplicabilidade nas dinâmicas culturais para explicar as relações desiguais e hierárquicas entre as pessoas, tais como gênero, possibilitando a identificação de desigualdades (SIMÕES et al., 2008; NICHATA et al., 2011).

A sistematização de informações para construção de marcadores sociais da diferença para auxiliar na identificação de situações que desfavorecem a saúde, bem como seu uso para intervir na atenção têm sido identificados em pesquisas sobre adesão ao tratamento da tuberculose (CAVALCANTE, 2012), vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV (DE-LA-TORRE-UGARTE-GANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2013), vulnerabilidade programática para DST/HIV/Aids (VAL; NICHIATA, 2014).

A construção, validação e utilização de marcadores de gênero na saúde corroboram para transformar a atenção. Isto é possível, quando profissionais ao aplicá-los no processo de trabalho, tanto em atividades individuais como grupais com as usuárias, poderão ter acesso a informações que auxiliarão num atendimento direcionado e equânime.

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto “Demandas de saúde e a experiência de mulheres na busca pelo cuidado: estudo em municípios da Bahia com cobertura da estratégia saúde da família”, financiado pelo CNPq Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012, com financiamento até 2015.

4.1 PRIMEIRA ETAPA- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Nesta etapa foi realizada uma Revisão Sistemática da produção de conhecimento na área da saúde da mulher. O fenômeno de interesse foi “experiências de mulheres submetidas ao abortamento induzido resultantes de gravidez não planejada”.

O referencial metodológico adotado para realização da revisão foi o proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Objetivando a melhor apropriação dos princípios do JBI realizamos, junto com minha orientadora, o *Comprehensive Systematic Review Training Programme*. Esse foi fundamental para entender a metodologia e ter acesso ao software SUMARI, composto por vários instrumentos apropriados para cada tipo de revisão proposta pelo instituto. Uma vez cadastrada no grupo de pesquisadoras/es habilitados a desenvolver Revisão Sistemática segundo o JBI, foi possibilitado também suporte pela equipe de *expertises* do Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

A revisão compreendeu sete fases: busca sobre a temática na Cochrane Library, JBI Library, Pubmed; formulação da pergunta da Revisão sistemática; cadastro do protocolo da revisão na Library JBI (mas não impediu continuidade das demais etapas, enquanto aguardava a resposta do instituto); busca das publicações em bases de dados eletrônicas; seleção dos

estudos, levando em consideração os critérios estabelecidos; avaliação crítica do delineamento de cada estudo, métodos e resultados; utilização de instrumentos padronizados pelo JBI para avaliação dos estudos; e síntese dos resultados. A primeira fase para essa revisão sistemática pressupõe uma questão investigativa, que, neste estudo, possibilitou sintetizar a evidência qualitativa sobre as experiências de mulheres submetidas a abortamento induzido resultante de uma gravidez não planejada.

A formulação da pergunta levou em consideração a estratégia PICO (Participante, fenômeno de Interesse e Contexto de estudo) (KARINO; FELLI, 2012; AROMATARIS; MUNN, 2017) para pesquisas qualitativas. Assim, ao aplicar essas estratégias foram definidos (Quadro 1):

Quadro 1 - Definição da pergunta mediante aplicação da estratégia PICO, Salvador-Ba. 2018

P= mulheres em idade reprodutiva

I= aborto induzido resultante de uma gravidez não planejada

Co= Serviços de atenção e contexto social

Na pesquisa em foco, a pergunta referente ao que se busca alcançar com a Revisão Sistemática foi a seguinte: Como as mulheres experienciaram abortos induzidos por gravidez não planejada?

Os documentos analisados para responder a essa indagação foram artigos científicos e literatura cinzenta (dissertações e teses, nesta pesquisa) que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser estudo em inglês, francês, português e espanhol, publicados de 1994 até o presente (dezembro de 2017).
- Ter sido desenvolvido com mulheres de todo o mundo que tenham sido submetidas a IA como resultado de uma gravidez não planejada, independentemente da idade.
- Ser estudo empírico desenvolvido em qualquer país independentemente de o aborto ser legal ou não no país onde as mulheres viviam.
- Descrever a experiência de mulheres que se submeteram à IA como resultado de uma gravidez não planejada.

- Serem as experiências de IA independentes do local em que o abortamento ocorreu, como domicílio, clínicas, hospitais, comunidade.
- Ser estudo qualitativo ou quanti-qualitativo, dos últimos utilizando-se somente resultados qualitativos.

Os critérios de exclusão foram: artigos nos quais as participantes eram mulheres que sofreram distúrbios cerebrais; lesões na coluna ou incapacidades mentais; em que a decisão de encerrar a gravidez não planejada foi devida à violência sexual/estupro; risco de vida da mulher; incompatibilidade da vida extrauterina ou malformações do feto; situações relacionadas a doenças incuráveis e transmissíveis que afetam a gestante.

Os termos de busca foram palavras ou expressões que constituam descritores em Saúde, apresentados em português, inglês e espanhol - Mulher; Mulheres; Gravidez, indesejada Aborto, induzido; "Aborto induzido"; "Gravidez não planejada"; "Aborto inseguro". Serviram de referência para busca nas bases e nos tesouros das bases para banco que utilizem outra proposta de termos, por exemplo MeSH para PubMed. Para cada base de dados, foi construída uma estratégia de busca que possibilitou a maior captação de artigos e literatura cinzenta, incluindo a utilização do operador booleano AND para combinação; além da estratégia de truncagem, quando necessário. Os bancos de dados utilizados foram: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health. (CINAHL), PUBMED, Web of Science, Scientific Electronic Library Online. A Scientific Electronic Library Online (SCIELO), EMBASE, PYSCOINFO, Sociological abstract, SCOPUS, Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS PSI), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa de estudos não publicados incluiu: Banco de teses de Capes, IBICT, Open access theses & dissertations.

Os termos "mulher" e "aborto induzido" também foram explorados no Google Scholar, em português, inglês, francês e espanhol, para encontrar trabalhos não publicados relacionados em sites organizacionais. As listas de referência de cada artigo identificado foram pesquisadas por busca manual, bem como usando recursos da internet.

A qualidade da Revisão Sistemática foi garantida com a realização de duas estratégias de consenso, sendo a primeira para avaliação do protocolo pelo JBI-Brasil. Em seguida, após aprovação, submissão à base Evidence Synthesis Groups do JBI, seguindo o percurso adotado por outras autoras que realizaram Revisão Sistemática no Brasil, segundo critérios do JBI, embora nem todas tenham submetido seus protocolos a esse Instituto.

Após apresentação do protocolo a três sessões de avaliação ocorridas em reunião do Centro Colaborador no Brasil, foi dada aquiescência para submissão ao JBI, por ter atendido aos critérios estabelecidos para construção de protocolos. A aprovação nessa etapa foi definidora do início da coleta dos artigos e da literatura cinzenta, com a aplicação dos critérios de inclusão com assessoria profissional da área de Ciência da Informação, bibliotecária, com experiência na busca de referências para Revisão Sistemática e membro do JBI- Brasil. Sequencialmente, ocorreu a seleção dos estudos seguindo o check list PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), com leitura dos títulos, verificação de repetições, leitura dos resumos e finalmente do texto completo. Essa etapa foi realizada com a participação de três avaliadoras: 1ª, uma doutoranda, autora da tese; a 2ª, enfermeira treinada localmente para se inserir na pesquisa; e a 3ª, a professora orientadora da tese. A realização dessa fase com três avaliadoras tem como objetivo estabelecer consenso sobre o material coletado, valendo como segunda Reunião de Consenso. Quando necessário, ou seja ao não haver consenso, era solicitada a presença da terceira avaliadora (GOMES; CAMINHA, 2014; ZOLTOWSKI et al., 2014; KARINO; FELLI, 2013).

Na continuidade do processo de sistematização dos dados coletados, todas as referências selecionadas foram registradas no software Mendeley², auxiliando na identificação de duplicidade de artigos e, finalmente, uma verificação manual. Depois foi feita a leitura completa dos artigos e da literatura cinzenta e avaliação metodológica de acordo com instrumento do JBI-SUMARI (Joanna Briggs Qualitative Assessment and Review Instrument). Para o instrumento de avaliação de qualidade metodológica, foi estabelecida como ponto de corte (inclusão ou exclusão dos artigos, nessa etapa de seleção) a obtenção de no mínimo de 70% dos critérios de qualidade, por ser o desejável pelo JBI (KARINO; FELLI, 2013; AROMATARIS; MUNN, 2017). A aplicação do instrumento pelas avaliadoras também ocorreu separadamente, com posterior encontro para estabelecimento de consenso. Com a avaliação da qualidade metodológica dos artigos concluída, foi obtida a amostra final dos artigos a serem analisados.

A etapa seguinte foi a extração das informações, baseada no instrumento do JBI-SUMARI (Joanna Briggs Qualitative Assessment and Review Instrument). Esse objetivou

² Mendely é um gerenciador digital de referências bibliográficas, que permite organizá-las. Facilita o acesso e a classificação, contribuindo no processo de sistematização dos dados e reduzindo a possibilidade de erros, tais como, exclusão de artigos que não são duplicados.

extrair informações referentes à descrição dos estudos relativos à metodologia, ao método, a técnicas de coleta, aos participantes, ao local onde foi realizado, ao país, e à técnica de análise de dados.

Após a extração, se iniciou a construção das metassínteses com a sistematização dos *findings* (categorias advindas dos estudos primários) em categorias da Revisão sistemática e essas em sínteses, de acordo com a convergência dos resultados. Finalmente foi elaborado o relatório da revisão.

4.2 SEGUNDA ETAPA – ELABORAÇÃO DOS ELEMENTOS E MARCADORES DE GÊNERO NA SAÚDE DE MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os *findings*, as categorias e as sínteses construídas na Revisão Sistemática, foram analisados sob o enfoque de gênero, a fim de selecionar os que poderiam contribuir para construção dos elementos e marcadores.

Mediante aplicação da categoria analítica gênero (SCOTT, 2000) sobre os resultados da revisão, foram identificados os elementos de gênero, que organizados por congruência possibilitaram a construção dos marcadores. Os resultados da revisão sistemática que não expressavam questões de gênero não foram incluídos na construção dos marcadores. Os marcadores e seus respectivos elementos foram distribuídos em dimensões temáticas por convergência. Todo o processo de identificação e elaboração dos elementos e marcadores seguiram a proposta de análise temática, segundo a proposta de Minayo (MINAYO, 2013). Essa envolveu a pré-análise com leitura flutuante, seguida pela exaustiva, que contribuiu para melhor explorar o material identificando os temas, em seguida realizou-se o tratamento dos resultados, fazendo inferências e a interpretação.

4.3 TERCEIRA ETAPA- CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MARCADORES DE GÊNERO NA SAÚDE DE MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Imediatamente após a identificação dos elementos e elaboração dos marcadores de gênero, iniciou-se a construção do instrumento. No processo respeitaram-se os preceitos advindos da validação de conteúdo. A opção por essa proposta deve-se ao fato de a validação contribuir para o processo de reconhecimento da qualidade de instrumentos para pesquisa e prática, concedendo-lhes legitimidade e confiabilidade. Entende-se que existem vários métodos, porém o de conteúdo melhor atende à proposta desta pesquisa. A validação de conteúdo tem o objetivo de coletar evidências da capacidade real do instrumento e medir a

variável a que se propõe e de que é útil para a finalidade proposta (TIBÚRCIO et al., 2014; MONTEIRO; HORA, 2015; MEDEIROS et al., 2015).

Assim, a redação das perguntas advindas dos elementos de gênero levou em consideração os princípios utilizados na proposta de validação baseada nas reflexões e recomendações de Minayo (2009), para construção de indicadores qualitativos para saúde, Pasquali (1998), para aperfeiçoamento da Psicometria e nas experiências de construção de marcadores sociais da desigualdade, segundo Cavalcante (2012) para adesão ao tratamento de tuberculose e Guanillo, Takahashi, Bertolozzi (2014) para vulnerabilidade de mulheres ao HIV/Aids.

Também foram considerados como requisitos no processo de elaboração dos marcadores os seguintes requisitos utilizados na técnica Delphi: utilidade/pertinência (1), consistência (2), clareza (3), objetividade (4), simplicidade (5), exequível (6), atualização (7), vocabulário (8), precisão (9), e sequência instrucional de tópicos (10). Essa proposta baseia-se nos estudos realizados por Oliveira et al. (2015) e Pereira, Alvim (2015).

O instrumento foi construído a partir dos elementos de gênero identificados mediante a revisão sistemática realizada. Esses instrumentos consistem em uma Manual operacional e uma Planilha de avaliação. O Manual compreendeu orientações para preenchimento da planilha e de quando fazê-lo, descrição de cada marcador e critério para avaliá-los.

A Planilha foi composta pelo marcador, seu objetivo, perguntas advindas dos elementos de gênero, critérios de avaliação (presente, ausente, não aplicável) e um espaço para anotações. A presença de, pelo menos, um dos elementos já implicará numa ação da equipe para o cuidado da mulher com história de abortamento ou no pós-abortamento.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos na primeira e segunda etapa desta pesquisa foram cumpridos por meio de criterioso registro das informações necessárias à identificação da autoria dos artigos e das teses e dissertações selecionadas para o estudo, com o devido cuidado em não alterar as informações disponibilizadas nesses documentos. Assim, buscou-se ser impessoal na reprodução e análise do material para evitar parcialidade.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

WOMEN'S EXPERIENCES OF INDUCED ABORTION RESULTING FROM UNPLANNED PREGNANCY - A PROTOCOL FOR SYSTEMATIC REVIEW OF QUALITATIVE EVIDENCE

Patrícia Figueiredo Marques¹

Edmeia de Almeida Cardoso Coelho²

Maria Rita Bertolozzi³

Luiza Akiko Komura Hoga^{3,4}

Jamile Guerra Fonseca¹

Isadora Reis Rodrigues¹

1 Health Sciences Center, Federal University of Recôncavo of Bahia, Brazil

1 Health Sciences Center, Federal University of Recôncavo of Bahia, Brazil

2 School of Nursing, Federal University of Bahia, Brazil

3 School of Nursing, University of São Paulo, Brazil

4 Brazilian Center for Health Care Informed by Evidence: Joanna Briggs Institute of Excellence Center - JBI Brasil

Corresponding author:

Patrícia Figueiredo Marques

Email: pfmenf@ufrb.edu.br

Review question

The objective of this review is to synthesize the qualitative evidence on the experiences of women undergoing an induced abortion resulting from an unplanned pregnancy.

More specifically, the question that is discussed in this review is: How do women experience induced abortions resulting from unplanned pregnancy?

Introduction

Induced abortion (IA) is a possible outcome of an unplanned pregnancy (UP). An UP may have resulted from issues related to reproductive planning, especially regarding the non-use of contraceptive methods, or inconsistent or incorrect use of contraceptive methods, and related difficulties in negotiating with the partner about reproductive intentions (MULAT et al, 2017). These pregnancies can lead to an AI, which is experienced by women around the world and is seen as a problem for public health, in relation to sexual and reproductive health. As a public health problem, “IA” exemplifies some of the difficulties that women have in maintaining control over their own reproductive process. An IA can also result in difficulty of negotiation between the woman and her partner for co-responsibility for sexual behavior.

An IA experience involves several complex elements. Although family, partners, and friends provide some support, this experience often leads to a feeling of isolation in the women. The medical procedure for IA is associated with several serious risks, which causes significant fear and anxiety. Therefore, women often experience a sense of relief immediately after the procedure. However, this initial feeling can be followed by difficult sensations, such as stress and depression. Women who undergo an IA are often at a social disadvantage, and feelings of isolation and grief can be experienced from the discovery of pregnancy to post-abortion (LUFFY; EVANS; ROCHAT, 2015; HAJRI et al, 2015).

Pregnancy disruption affects women emotionally and psychologically. These women usually perceive treatments as negative experiences associated with major challenges. The most common feelings expressed by women who had an “IA” were: incompetence, guilt, an empty soul, sadness, frustration, disappointment, failure, fear, anxiety, denial, shame, and resilience (FERNÁNDEZ DÍAZ, 2015; MILANEZ et al, 2016). In addition to psychological and emotional consequences, these women may experience physical complications, such as bleeding, uterine perforation, infection, and risk of death, which can arise in any procedure, regardless of the methods and processes used by the medical staff (BELLIENI; BUONOCORE, 2013; BAJOS et al, 2013).

Research results in African countries and the United States of America (USA) indicate that the main elements influencing “AI”, from the discovery of pregnancy to post-abortion, were: skin color, sexual orientation, generational and gender relations, and the environmental conditions (social and social family) in which they lived (BAJOS et al, 2013; DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013).

The environmental factors involved, such as socioeconomic conditions, support

received from their partners, stability of marital relationships, and the number of children in the family, were the main factors expressed by women as influences on the abortion decision (DÍAZ, 2015). Brazil is characterized by strong differences in these aspects of identity (racial and sexual orientation, gender and gender relations, and social and family conditions). Therefore, consideration of the personal beliefs and perspectives of a Brazilian woman who decides upon IA is crucial for the provision of her healthcare.

Empirical studies focusing on Brazilian women found a close association between the decision to have an abortion, the abortion-related procedure, feelings experienced after abortion, and their social, legal, and economic conditions (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016).

The health promotion measures provided by medical professionals are vital for women with low incomes. These health promotion measures are providing information on reproductive planning—after women undergo an induced abortion. Women seeking public services for IA were mostly lower class or black women (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016).

In the United States of America, AI rates are higher than in most other developed countries for specific groups; black, Latino, and immigrant populations were the main patients of the “IA” services (DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013). In Ghana, the main factors influencing the decision for abortion were economics, the need for space for children, and the negative repercussions of pregnancy on family relationships (PALOMINO et al, 2011; PAYNE et al, 2013).

The legality of the medical procedure is also an important aspect to consider. A more restrictive IA legislation leads to a greater overall risk for women undergoing treatment, and a stronger negative impact on women's health. In countries where IA is a crime, women are subjected to clandestine procedures, which occur in unhealthy conditions. This occurs more frequently among women with low incomes, who are unemployed and financially dependent on their partners. In addition, women in these countries do not always receive the support they need from their partners when they undergo IA, and health care providers often underestimate the extent of the problems faced by women in relation to their social situation and their previous reproductive experiences (SINGH et al, 2009; BARROS, 2013).

Having an IA can indicate significant suffering, fear related to the possibility of death, victimization, and mistreatment by people in the community. Another social and political aspect of the IA process that must be analyzed is the fact that even in countries where abortion

is legalized, and high-quality abortion services are offered, there is no guarantee that these patients will have their needs understood and respected (FERRAND, 2008).

The Guttmacher Institute analyzed abortion issues around the world and identified three main factors that determine whether abortion is safe, and the adverse consequences of abortion. These three factors were a result of the comparison made between the conditions of abortion procedure treatments in different regions. The existence of laws restricting the availability of safe discontinuation of pregnancy treatment, inadequate or unavailable post-abortion care, and inconsistent or incorrect use of contraceptives were the main factors determining the occurrence of complications among women who underwent IA (SINGH et al, 2009).

This systematic review will be proposed recognizing the subjective dimensions and social determinants that influence the experience of women around the world who underwent IA as a result of an unplanned pregnancy. Thus, the objective will be to synthesize qualitative evidence on the experiences of women undergoing an IA resulting from an unplanned pregnancy.

The importance of understanding the complex elements involved in experiences resulting from IA are the motivating factors for writing this systematic review. In this study, women's experiences will be considered regardless of their ages, physical, emotional, social, and cultural perspectives.

An initial search was performed to determine whether a previous review addressing this topic was performed or was in progress. The Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, and the CINAHL database, were examined. There were no complete or in-process reviews focusing on experiences of women who had an UP and IA.

Keywords

Women;

Pregnancy, Unwanted;

Abortion, Induced;

“Induced abortion”;

Pregnancy, Unplanned;

Inclusion criteria**Participants**

This review will consider studies with women in the world who have undergone IA as a result of an unplanned pregnancy regardless of age. The women will be excluded from the review if have suffered brain disorders, spinal injuries or mental disabilities, that the decision to terminate the unplanned pregnancy is due to sexual violence / rape, life risk of the woman, incompatibility of extrauterine life or malformations of the fetus, situations related to incurable and transmissible diseases that affect the pregnant woman.

Phenomena of interest

This review will consider studies that describe the experience of women who underwent IA as a result of an unplanned pregnancy.

Context

This review will consider women in a variety of social and cultural settings. All lived experiences of IA will be considered independent of the location of the primary study's participants, (i.e. home, clinics, hospitals, the community). This review will consider women in a variety of social and cultural settings. Empirical studies will be considered from all countries regardless of whether abortion is legal or not in the country where the women live. All lived experiences of IA will be considered independent of the location of the primary study's participants, (i.e. home, clinics, hospitals, the community).

Types of studies

This review will consider studies that focus on qualitative data. This includes, but is not limited to, study designs such as phenomenology, grounded theory, ethnography, action research, and feminist research.

Methods**Search strategy**

The search strategy aims to find both published. A three-step search strategy will be utilized in this review. An initial limited search of PUBMED and CINAHL will be undertaken followed by an analysis of the words contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe the article. A second search using all identified keywords and

index terms will then be undertaken across all relevant databases. Thirdly, the reference list of all identified reports and articles will be examined for additional studies that are relevant to the review. Studies in English, French, Portuguese, and Spanish that were published from 1994 until december 2017 will be considered for inclusion in this review. The cut-off point of 1994 was established because in that year the "International Conference on Population and Development" occurred in Cairo (1994) (CHANDRA-MOULI et al, 2015). One year after, the "Fourth World Conference on Women" occurred in Beijing (1995) (DARMSTADT et al, 2015). One of these recommendations was that evaluations were needed to assess the implementation of projects that worked for women's reproductive rights to be seen as human rights (CHANDRA-MOULI et al, 2015). An evaluation done one decade after the conferences has shown a reduction in positive trends for epidemiological rates related to women's health. One of the goals of the "Millennium Development Goals", which were created in 2005, was to address these issues. The promotion of gender equality, the autonomy of women, and the improvement of maternal health were some of the others Millennium goals. An evaluation of these goals done in 2015 demonstrated that many of the problems related to gender inequalities, a lack of autonomy for women, and high maternal mortality rates have persisted. However, issues related to prenatal care have shown improvements (UNITED NATIONS, 2015).

Information sources

The databases to be searched include:

LILACS, CINAHL, PUBMED, Web of Science, SCIELO, EMBASE, PYSCOINFO, Sociological abstract, SCOPUS, BVS PSI (Virtual Health Library - Psychology Brazil), BVS (Virtual Health Library).

The search for unpublished studies will include:

Bank of theses of Capes, Brazilian Institute of Information in Science and Technology (IBICT), Open access theses & dissertations

Initial keywords to be used will be:

Woman; Women; Pregnancy, Unwanted; Abortion, Induced; "Induced abortion"; "Unplanned pregnancy"; "Unsafe abortion". (Appendix I)

Study selection

Following the search, all identified citations will be collated and uploaded into Mendeley and duplicates removed. Titles and abstracts will then be screened by two

independent reviewers for assessment against the inclusion criteria for the review. Studies that meet the inclusion criteria will be retrieved in full and their details imported into the Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI). The full text of selected citations will be retrieved and assessed in detail against the inclusion criteria by two independent reviewers. Full text studies that do not meet the inclusion criteria will be excluded and reasons for exclusion will be provided in an appendix in the final systematic review report. Included studies will undergo a process of critical appraisal. Peer reviewers will be formed in the process of reading and extracting data.. The results of the search will be reported in full in the final report and presented in a PRISMA flow diagram. Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion or with a third reviewer.

Assessment of methodological quality

Qualitative papers selected for retrieval will be assessed by two independent reviewers for methodological validity, prior to inclusion in the review. The Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-SUMARI) will be used. Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion, or through the involvement of a third reviewer (AROMATARIS; PEARSON, 2014; THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014).

Data extraction

Qualitative data will be extracted from papers included in the review using the standardized data extraction tool from JBI-SUMARI (Joanna Briggs Qualitative Assessment and Review Instrument), The data extracted will include specific details about the interventions, populations, study methods that are of significance to the review question, and specific objectives (AROMATARIS; RIITANO, 2014; AROMATARIS; PEARSON, 2014). There will be regular consultation between all five reviewers throughout the data extraction process to ensure the level of finding being extracted is closest to that provided in the included studies. Peer reviewers will be formed in the process of reading and extracting data. If data is not reported or is missing, no attempts will be made to contact the authors, as some studies may be more than 20 years old.

Data synthesis

Qualitative research findings will, where possible be pooled using JBI-SUMARI. This will involve the aggregation or synthesis of findings to generate a set of statements to represent that aggregation. This will be done by assembling the findings (Level 1 findings), which are rated according to their quality, and categorizing them on the basis of similarity in meaning (Level 2 findings). These categories are then subjected to a meta-synthesis in order to produce a single comprehensive set of synthesized findings (Level 3 findings) that can be used as a basis for evidence-based practice. When textual pooling is not possible, the findings will be presented in narrative form (AROMATARIS; RIITANO, 2014; AROMATARIS; PEARSON, 2014).

Assessing confidence

This systematic JBI review of qualitative data will grade the quality of the evidence and present a Summary of Conclusions, which will also include classification according to the ConQual criteria guaranteeing the reliability and credibility of the papers.

Acknowledgements

The authors to acknowledge the School of Nursing of Federal University of Bahia, for supporting this SR. We also acknowledge the core staff members of The Brazilian Centre for Evidence-Informed Healthcare: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence and also the School of Nursing of University of São Paulo for their support.

Conflicts of interest

The authors do not have any to declare.

References

- 1- MULAT, S. et al. Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors among Mothers Attending Antenatal Care at Hawassa City Public Hospitals, Hawassa, SNNPR, Ethiopia. **J Women's Health Care** 2017;4(6): 387.
- 2- LUFFY, S. M.; EVANS, D. P.; ROCHAT, R. W. "Siempre me critican": barriers to reproductive health in Ocotal, Nicaragua. **Rev Panam Salud Publica** [Internet]. 2015 May [cited 2016 June 12] ; 37(4-5): 245-250. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400009&lng=en.

- 3- HAJRI, S. et al. ‘This is real misery’: experiences of women denied legal abortion in Tunisia. **PLoS One** 2015;10(12): e0145338.
- 4- DÍAZ, E. F. El aborto terapéutico o cualquier tipo de aborto, ¿una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas. **Rev Inv Cult** 2015;4(2):142-146.
- 5- MILANEZ, N. et al. Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sex Salud Soc** 2016; s/v(22):29-146.
- 6- BELLINI, C. V.; BUONOCORE, G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. **Psychiatry Clin Neurosci** 2013;67(5):301–310.
- 7- FERRAND, M. Abortion, a condition for female emancipation. **Rev Estud Fem** 2008;16(2):653-659.
- 8- 190. BAJOS, N. et al. “ Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains ”, **Population** 1/2013 (Vol. 68) , p. 17-39 URL: www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-17.htm. DOI :10.3917/popu.1301.0017.
- 9- DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T.A. Disparities in abortion rates: a public health approach. **Am J Public Health** 2013;103(10):1772-9.
- 10- SOUSA, J. J. **Circumstances of the occurrence of unplanned pregnancy in adult women edition Salvador**. [Dissertation Master in Nursing] School of Nursing, Federal University of Bahia; 2011.
- 11- SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Personal experiences with induced abortions in private clinics in Northeast Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2016; 32(2); e00004815.
- 12- PAYNE, C. M. et al. Why Women are dying from unsafe Abortion: Narratives of Ghanaian abortion providers. **Afr J Reprod Health** 2013; 17(2): 118-128.
- 13- PALOMINO, N et al. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. **Glob Public Health**. 2011;6 (Suppl 1):S73-89.
- 14- BARROS, A. R. **Health demands and experiences of women in the search for care edition Salvador**: [Dissertation Master in Nursing] Nursing School, Federal University of Bahia; 2013.
- 15- Singh, S. et al. **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress** edition New York: **Alan Guttmacher Institute**; 2009.
- 16- CHANDRA-MOULI, V. et al. Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? **J Adolesc Health**. 2015; 56(1 Suppl):S1-6.

- 17-DARMSTADT, G. L. et al. Taking on the gender challenge in organisations: what does it take? **Glob Public Health** 2015;1692(1995):1–12.
- 18-UNITED NATIONS. **Report on the Millennium Development Goals**. New York: United Nations, 2015.
- 19- AROMATARIS, E.; PEARSON, A. The systematic review. **Am J Nurs** 2014;114(3): 53-58.
- 20- AROMATARIS, E.; RIITANO, D. Constructing a search strategy and searching for evidence: A guide to the literature search for a systematic review. **Am J Nurs** 2014;114(5): 49-56.
- 21- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual**: 2014 edition Australia: The Joanna Briggs Institute; 2014.

5.2 ARTIGO 2

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES SUBMETIDAS A ABORTO PROVOCADO POR GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS

Patrícia Figueiredo Marques³

Autora para correspondência:

Patrícia Figueiredo Marques

pfmenf@ufrb.edu.br

RESUMO

Introdução

O abortamento como resultado de gravidez não planejada afeta a saúde das mulheres e, quando na clandestinidade, as deixa vulneráveis a complicações que podem levar à morte, sendo um problema de saúde pública.

Objetivo

Sintetizar evidências qualitativas sobre experiências de mulheres submetidas a abortamento induzido, resultante de gravidez não planejada.

Critério de inclusão

Tipos de participantes

Estudos desenvolvidos com mulheres que experienciaram o abortamento induzido.

Fenômenos de interesse

Experiência de mulheres submetidas a abortamento induzido (AI) como resultado de gravidez não planejada.

Tipos de estudos

Estudos qualitativos da literatura científica mundial com diferentes abordagens teórico-metodológicas, como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, pesquisa-ação e pesquisa feminista.

³ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Tipos de resultados

Todos os resultados referentes à experiência de mulheres que se submeteram a abortamento induzido por gravidez não planejada.

Estratégias de pesquisa

Busca inicial nas bases MEDLINE (PubMed) e CINAHL, seguida da exploração de todos os estudos identificados, publicados em inglês, espanhol, francês e português. Em seguida, busca nas bases: PsycINFO, Lilacs, Scielo, BVS, BVS-Psi, Scopus, EMBASE, Sociological Abstracts, Banco de Teses de Capes, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), Open access theses & dissertations e literatura cinza.

Qualidade metodológica

A qualidade metodológica de cada estudo primário foi avaliada por duas revisoras independentes. Foram utilizados o Instrumento de avaliação qualitativa e revisão do Instituto Joanna Briggs (JBI-QARI) e o formulário de extração de dados para pesquisa crítica e interpretativa.

Extração de dados

Foi utilizado o JBI-QARI.

Síntese de dados

Os resultados foram sintetizados usando o JBI-QARI.

Resultados

Foram incluídos, na Revisão Sistemática, 42 estudos primários, sendo extraídos 200 resultados. A partir do agrupamento por congruência, foram construídas 50 categorias, agrupadas mais uma vez por convergência temática, resultou em 15 sínteses: (i) A descoberta da gravidez não planejada gera conflitos e indefinições na experiência das mulheres que abortam; (ii) Pouca informação sobre reprodução, contracepção e responsabilização da mulher participa para ocorrência da gravidez; (iii) Autodeterminação das mulheres e apoio de parceiros, amigos e familiares que participaram do processo decisório pelo aborto; (iv) Dificuldades financeiras, não visualizar alternativa, a necessidade de limitar a prole, gerar intervalo entre gestações, militância e pressão/rejeição da família e/ou do parceiro influenciaram a decisão de abortar; (v) A decisão de abortar foi tomada apesar do recebimento de conselhos de ordem religiosa contrários a esta prática; (vi) No processo de aborto, as

mulheres experimentam o medo da morte que resultam em sofrimento, acompanhado da necessidade de sigilo pela clandestinidade; (vii) Há dificuldades no processo de busca pelo aborto que são amenizadas por envolvimento de amigos e profissionais; (viii) Ambiente para a realização do aborto define diferentes experiências, dependendo da legalidade do procedimento; (ix) O acesso aos diferentes meios abortivos viabiliza a realização do aborto por meios seguros ou sob os riscos da clandestinidade, em meio ao desconhecimento das mulheres sobre os procedimentos e as manifestações clínicas; (x) Diferentes sinais e sintomas são vivenciados sob desconhecimento em relação ao processo do aborto; (xi) A assistência profissional no processo de abortamento gera satisfação quando há suporte permeado por orientação, diálogo, relação de confiança, gentileza, paciência, alívio da dor e gera insatisfação quando expectativas não são atendidas; (xii) Após o aborto, mulheres convivem com culpa, arrependimento, tristeza, sentimentos ambíguos e receio da estigmatização; (xiii) A experiência de abortar causou consequências para o planejamento reprodutivo; (xiv) A experiência do aborto pode mudar o posicionamento político sobre a temática, desde que ocorra em condições seguras e se a mulher vivencia a militância pró-aborto “revigora”; (xv) Há perspectiva de nova gravidez após conquista da maioridade e concretização de projetos profissionais.

Conclusões

Mulheres que abortam devem ter escuta sensível por profissionais de saúde. Suas demandas por cuidado envolvem subjetividades e expressam diferentes sentimentos que requerem cuidados e uma rede de apoio, mesmo quando ocorre em países cuja prática é legal.

Implicações para a prática

A rede de saúde deve garantir às mulheres acesso à informação e a meios contraceptivos. Também estimular o diálogo com os homens, pois sua postura impacta na decisão pelo aborto. No atendimento a mulheres em situação de abortamento, gestores/as e profissionais devem garantir políticas e normas referentes à humanização do atendimento.

Implicações para a pesquisa

Áreas potenciais de pesquisa estão relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Faz-se necessário realizar investigações relacionadas às condições atuais de realização do aborto; à participação do parceiro; ao abortamento entre adolescentes e ao impacto da situação legal ou da sua clandestinidade no atendimento às mulheres.

Implicações para ensino

Na formação profissional e nos serviços de saúde, devem ser discutidos a interface entre

saúde sexual e reprodutiva e os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o debate sobre o aborto como problema de saúde pública.

Palavras-chave

Abortamento Induzido, Mulheres, Revisão Sistemática Qualitativa

Tabela 1 - Resumo ConQual dos resultados, Salvador-Ba. 2018

<p>Título de revisão sistemática: Experiências de mulheres submetidas a aborto provocado por gravidez não planejada: revisão sistemática de evidências qualitativas.</p> <p>População: Mulheres que experienciaram o aborto induzido (ia).</p> <p>Fenômenos de interesse: sintetiza a significância das melhores evidências qualitativas disponíveis sobre as experiências de mulheres submetidas a um aborto induzido resultante de uma gravidez não planejada.</p> <p>Contexto: mulheres em todo o mundo</p>			
Resultados sintetizados	Tipo de pesquisa	Confiabilidade	ConQual score
A descoberta da gravidez não planejada gera conflitos e indefinições na experiência das mulheres que abortam.	Qualitativo	Downgrade 1 level*	Baixo
Pouca informação sobre contracepção e responsabilização da mulher são fatores para ocorrência da gravidez.	Qualitativo	Downgrade 1 level*	Baixo
Suportes recebidos de parceiros, amigos e familiares foram medidas de coping valorizados pelas mulheres.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo
Associação entre dificuldades financeiras, crenças e valores relativos à maternidade, paternidade, militância e pressão do parceiro e/ou da família influenciaram a decisão de abortar.	Qualitativo	Downgrade 1 level*	Baixo
Diferentes sentimentos foram vivenciados pelas mulheres em consequência da prática do aborto.	Qualitativo	Downgrade 1 level*	Baixo
A decisão de abortar foi tomada apesar do recebimento de conselhos de ordem religiosa contrários a esta prática.	Qualitativo	Downgrade 1 level*	Baixo
Processo de busca por local e recursos para o aborto.	Qualitativo	Downgrade 1 level*	Baixo
Ambiente para a realização do aborto define diferentes experiências,	Qualitativo	Downgrade 1	Baixo

dependendo da legalidade do procedimento.		Level*	
Diferentes práticas foram adotadas para provocar o aborto pela própria mulher ou por terceiros.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo
Diferentes sensações são vivenciadas em relação ao procedimento do aborto.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo
A assistência profissional no processo de abortamento gera satisfação, quando há suporte permeado por orientação, diálogo, relação de confiança, gentileza, paciência, alívio da dor e gera insatisfação, caso as expectativas sejam atendidas.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo
A experiência de abortar causou consequências para o planejamento reprodutivo.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo
Ter vivenciado o aborto provocou mudanças nas percepções relativas a esta prática.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo
Novos projetos para o futuro estão presentes após experiência do aborto.	Qualitativo	Downgrade 1 Level*	Baixo

* Reduziu um nível devido a problemas comuns de confiabilidade em todos os estudos primários incluídos (a maioria dos estudos não teve nenhuma declaração de posicionamento do/a pesquisador/a e nenhum reconhecimento de sua influência na pesquisa)

INTRODUÇÃO

O aborto induzido é um dos desfechos para a gravidez não planejada e uma das situações em que as mulheres colocam sua saúde e sua vida em risco. O contexto de legalidade ou ilegalidade do aborto induzido define a exposição das mulheres ao risco de morte (PAYNE et al., 2013; HAJRI et al., 2015).

No momento geopolítico de 1997, 22 países alteraram sua legislação sobre a indução do aborto. Desses, 19 alteraram os critérios para acessibilidade, seja ampliando seja restringindo. Nesse período, os países com leis mais restritivas encontravam-se na África Subsaariana e na América Latina (SINGH et al., 2009). Em 2017, 20 anos depois, alguns países da América Latina alteraram sua legislação tornando mais seguro o acesso ao aborto induzido, a exemplo de Cuba, Caribe e Uruguai (BERER, 2017).

Todavia, a criminalização não impede que as mulheres interrompam a gravidez. Na atualidade, as novas tecnologias, entre essas misoprostol e outros fármacos, vêm possibilitando às mulheres resolver o “problema” com menores possibilidades de

complicações que podem levá-las à morte (BERER, 2017).

A ilegalidade expõe as mulheres aos riscos advindos do aborto inseguro, porém a situação legal também não garante atendimento profissional livre de julgamento, como verificado em estudo realizado na Escócia. Nesse país, o aborto induzido possibilita atendimento em serviços de saúde públicos, desde que seja realizado com até 9 semanas gestacionais. Todavia, seus resultados mostram a partir de depoimentos das participantes, que profissionais solicitam exames para confirmação da gravidez, e a demora entre marcação, realização e retorno faz com que as mulheres ultrapassem o tempo gestacional resguardado pela lei (HELLER et al., 2016).

A permanência da criminalização do aborto em muitos países hoje está respaldada não mais nos riscos advindos do procedimento ou despreparo dos provedores desse procedimento, mas justificados por questões religiosas e morais, em que profissionais optam por proteger a vida fetal sobre a vida das mulheres. Os indicadores epidemiológicos relacionados ao aborto inseguro são inversamente proporcionais às leis restritivas. Em 2011, o número de casos nos países mais limitantes em relação à interrupção voluntária da gravidez era quatro vezes maior (26,7 abortos inseguros por 1.000 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos), que em países com políticas mais liberais (6,1 abortos inseguros por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos). Em 2013, as taxas de mortalidade materna advindas das complicações do aborto foram três vezes maiores (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (UNITED NATIONS, 2014).

Na América Latina e Caribe, a avaliação realizada durante a Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos do Milênio, em 2010, considerou que esses países não conseguiram atingir o quinto objetivo do milênio relacionado a melhorias para a saúde da mulher, até o fim de 2015. Uma das justificativas estava nos dados relativos às mortes maternas consequentes a complicações do aborto inseguro. Essa situação levou a ser sugerido a esses países reverem sua legislação relacionada ao tema (GONZAGA, 2015).

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Aborto, realizada em 2010, aponta que uma em cada cinco mulheres brasileiras terá realizado um aborto até completar 40 anos (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Os julgamentos morais associados ao aborto e à criminalização do mesmo constituem mecanismo para o controle da sexualidade feminina, exploração da capacidade reprodutiva e manutenção de “dogmas” relativos à destinação “natural” da mulher para a maternidade. Apresentam-se, também, como justificativa para manutenção das

restrições para o acesso ao aborto de forma legal, segura e gratuita (GONZAGA; ARAS, 2015).

O conhecimento advindo da sistematização das experiências das mulheres que abortaram em situação de gravidez não planejada permitiu identificar algumas das semelhanças e diferenças entre diferentes culturas e contextos sociais. Os resultados possibilitam o planejamento e a implementação de cuidados de saúde baseados em evidências científicas para mulheres submetidas a IA como resultado de uma gravidez não planejada. O conhecimento sobre os contextos pessoais, sociais, culturais, em que se incluem a família e a relação com o parceiro, e que influencia a experiência do aborto induzido deve ser considerado e incorporado ao planejamento e à implementação de estratégias de saúde para atendimento das demandas de cuidados advindas das mulheres.

No sentido de definir a viabilidade de uma pesquisa do tipo revisão sistemática sobre o tema, foi realizada uma busca inicial de fontes para determinar se existia pesquisa anterior abordando esta questão específica ou se estava em andamento. O banco de dados do Instituto Joanna Briggs sobre revisões sistemáticas e relatórios de implementação e os bancos de dados CINAHL foram examinados. Não houve análises completas ou em processo focadas em experiências de mulheres que tiveram aborto induzido (IA) por gravidez não planejada (UP). Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com um protocolo submetido ao JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*.

OBJETIVO

O objetivo desta revisão é sintetizar as evidências qualitativas sobre as experiências de mulheres submetidas a aborto induzido, resultante de gravidez não planejada.

Questão da revisão: Como as mulheres experienciam o abortamento induzido resultante de gravidez não planejada?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipos de participantes

Esta revisão considerou estudos com mulheres em todo o mundo que experienciaram o aborto induzido como resultado de uma gravidez não planejada, independentemente da idade.

Foram excluídos da revisão estudos sobre mulheres que abortaram, mas que sofriam distúrbios cerebrais, lesões na coluna ou deficiências mentais; que a decisão de encerrar a gravidez não planejada foi devida à violência sexual/estupro, risco de vida da mulher,

incompatibilidade da vida extrauterina ou malformações do feto e situações relacionadas a doenças incuráveis e transmissíveis que afetam a gestante.

Fenômeno de interesse

Esta revisão considerou estudos que descrevem a experiência de mulheres submetidas a abortamento induzido, como desfecho de uma gravidez não planejada.

Tipos de estudos

Esta revisão considerou estudos de abordagem qualitativa e quanti-qualitativa, destes utilizando-se para revisão os resultados qualitativos. Incluiu, mas não se limitou a estudos que tiveram como enfoque teórico-metodológico a fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, pesquisa-ação e pesquisa feminista.

Contexto

Esta revisão considerou as mulheres em uma variedade de configurações sociais e culturais. Todas as experiências vividas de IA foram consideradas independentes da localização das participantes do estudo primário (como domicílio, clínicas, hospitais, comunidade). Estudos empíricos foram considerados de todos os países, independentemente de o aborto ser legal ou não no país onde as mulheres viviam.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de busca visou a encontrar estudos publicados e não publicados. Uma estratégia de pesquisa em três passos foi utilizada nesta revisão. Uma pesquisa inicial limitada à PUBMED e CINAHL foi realizada, seguindo uma análise das palavras contidas no título e resumo, e dos termos de índice usados para descrever o artigo. Uma segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados foi então realizada, em todos os bancos de dados relevantes. Em terceiro lugar, a lista de referência de todos os relatórios e artigos identificados foi examinada para estudos adicionais relevantes para a revisão. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos em inglês, francês, português e espanhol que foram publicados de 1994 a 2017. A busca de dados foi concluída em janeiro de 2018.

As bases de dados pesquisadas foram Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL), Pubmed, SCOPUS, Web of Science, PsycINFO, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO),

Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS PSI), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), EMBASE and Sociological Abstracts (Apêndice I).

A literatura cinzenta foi acessada através da exploração de páginas web relevantes do mundo Banco de teses de Capes, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), Open access theses & dissertations para encontrar tese. O IBICT e Open access theses & dissertations foram explorados usando as seguintes palavras-chave: aborto induzido e gravidez não planejada. O termo "aborto induzido" foi explorado no Banco de Teses da Capes. No Google Acadêmico, os termos "gravidez não planejada", wom * n (truncagem), "aborto induzido", "-incidência" e "-prevalência" também foram explorados, para encontrar trabalhos não publicados relacionados em sites organizacionais. As listas de referência de cada artigo identificado foram pesquisadas manualmente, além de usar os recursos da internet.

Método da revisão

Os documentos qualitativos selecionados para recuperação foram avaliados pela validade metodológica por duas revisoras independentes, antes da inclusão na revisão. O Instrumento de avaliação e revisão qualitativa do Instituto Joanna Briggs (JBI-SUMARI) (Apêndice II) foi utilizado como instrumento de avaliação crítica padronizado. Foi estabelecido pelas revisoras um índice de corte de 70%, para garantir a inclusão de estudos empíricos com boa qualidade metodológica. Todas as divergências da avaliação que por ventura surgiram entre as revisoras foram resolvidas por meio de discussão. Uma terceira pessoa não foi necessária para resolver divergências neste trabalho.

Coleta de dados

Os dados qualitativos foram extraídos de documentos incluídos na revisão, usando a ferramenta de extração de dados padronizada da JBI-SUMARI (Instrumento de avaliação qualitativa do Instituto Joanna Briggs), (Apêndice III). Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre as intervenções, populações, métodos de estudo que eram importantes para a questão de revisão e objetivos específicos. Houve consulta regular entre as revisoras, ao longo do processo de extração de dados, para garantir que o nível de descoberta que estava sendo extraído fosse mais próximo do previsto nos estudos incluídos. Não foram feitas tentativas para entrar em contato com autoras/es, quando estudos primários não possibilitavam acesso digital, já que alguns estudos tinham mais de 20 anos.

Síntese de dados

Os resultados da pesquisa qualitativa foram, sempre que possível, agrupados usando JBI-SUMARI. Isso envolveu a agregação ou síntese de achados para gerar um conjunto de declarações para representar essa agregação por meio da montagem dos achados avaliados de acordo com sua credibilidade. Isto foi feito reunindo os resultados (conclusões do Nível 1), que foram classificados de acordo com sua qualidade e categorizados com base na semelhança no sentido (descobertos do Nível 2). Os resultados que respondiam à questão da revisão constituíram o material que, por convergência temática dos findings dos diferentes estudos primários, levou à construção de categorias, estas da Revisão Sistemática. Essas categorias foram um produto do consenso entre as revisoras.

Esse processo se deu por meio da leitura repetida das descobertas dos estudos primários. Os findings foram selecionados, utilizando-se dos temas relatados nos estudos empíricos. Foram então submetidos a uma metassíntese para produzir um único conjunto abrangente de achados sintetizados (achados de Nível 3) que poderiam ser utilizados como base para a prática baseada em evidências. Quando o agrupamento textual não foi possível, os resultados foram apresentados em forma narrativa.

RESULTADOS

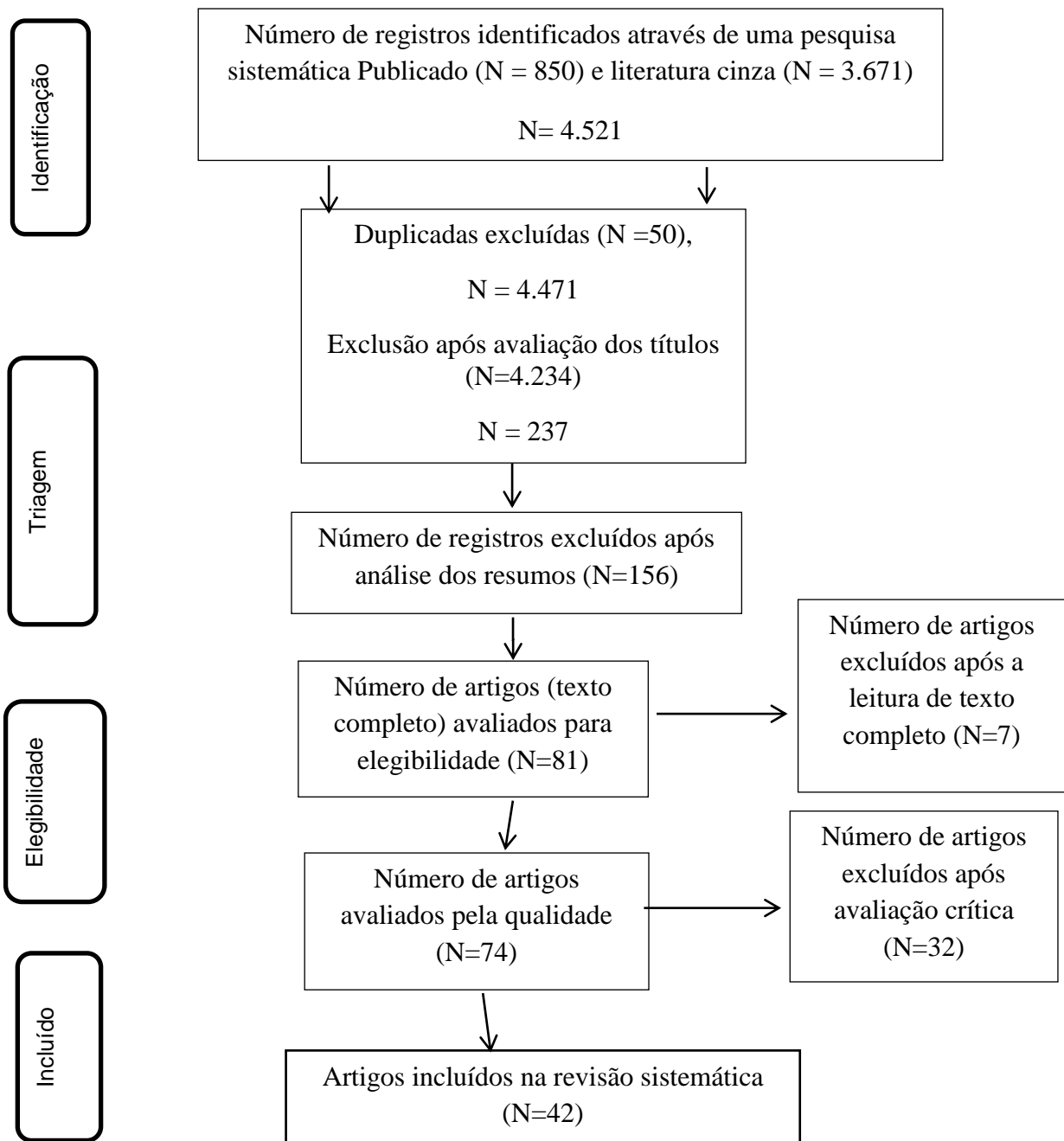
Descrição dos estudos

A estratégia de pesquisa, concluída em janeiro de 2018, foi orientada por bibliotecária e membro do Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs - JBI Brasil. Foram identificados 850 artigos a partir da busca sistemática de bases de dados indicadas e 3.671 de literatura cinza, com um total de 4.521 estudos. Entre esses estudos, foram excluídos os duplicados (50) e os títulos não relacionados à revisão (4234), totalizando nessa fase do processo de busca o N de 237. Os títulos foram selecionados se incluíam as palavras-chave informadas no item Estratégia de pesquisa. Depois de avaliar os resumos desses 237 estudos, 156 foram excluídos com base nos critérios de inclusão e exclusão. Os 81 artigos restantes foram recuperados para uma revisão completa. Depois disso, 7 também foram excluídos com base nos critérios de inclusão e exclusão. Isso deixou 74 estudos a serem examinados quanto à qualidade metodológica.

O ponto de corte estabelecido para a inclusão de estudos primários nesta revisão foi atender a, pelo menos, sete dos 10 itens de avaliação de qualidade do JBI-QARI. Com base nesse critério, 32 estudos primários foram excluídos. Os tipos de viés que estavam presentes

nos estudos excluídos são detalhados no Apêndice IV. Após essas exclusões, 42 estudos permaneceram incluídos nesta revisão sistemática. A lista de resultados e as ilustrações dos estudos incluídos estão indicadas no Apêndice V. Também foi realizada uma busca manual de listas de referência de estudos recuperados, porém nenhum estudo relevante foi encontrado nesta etapa. A Figura 1 mostra o processo de busca e inclusão.

Figura 1- Identificação, seleção e inclusão do processo de estudo na revisão.



Fonte: Moher, Liberati, Tetzlaff e Altman, 2009.

Os estudos incluídos utilizaram metodologias qualitativas (40) e mistas, ou seja quantitativa e qualitativa (2), para atingir o objetivo geral de investigar as experiências das mulheres que induziram o aborto resultante de uma gravidez não planejada. Os estudos foram realizados em 15 países diferentes: África do Sul (2), Argentina (1), Austrália (1), Brasil (21), Espanha (1), EUA (6), Gana (1), Kenya (1), México (1), Myamar (1), Nigéria (2), Paquistão (2), Peru (1), Sudão (1), Suécia (2). Um total de 892 mulheres relataram a experiência de aborto induzido, nos 42 estudos primários incluídos nesta revisão sistemática. Os dados dos estudos primários foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, grupos focais, entrevista em profundidade, entrevistas presenciais e por telefone, teste de associação livre de palavras. As técnicas de análise de dados variaram nestes estudos, mas foram coerentes com os métodos qualitativos utilizados em cada estudo.

Qualidade metodológica

Entre os 42 estudos selecionados, 26 apresentaram boa qualidade metodológica, com escores variando de oito a um máximo de dez pontos. E 16 atingiram sete em dez (ANDREWS; BOYLE, 2003; DOMINGOS et al., 2013; FARIA et al., 2012; GONZAGA, 2015; GRECHINSKI, 2014; KIMPORT; FOSTER; WEITZ, 2011; MANN; CARDONA; PEREZ, 2015; MILANEZ, 2014; NDUNYU, 2013; ODURO; OTSIN, 2014; OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREIRA et al., 2012; PONTES, 2006; RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014; SUFFLA, 1997); 21 atingiram oito (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; CHUMPITAZ, 2003; EKSTRAND et al., 2009; ELAMIN; FAZARI; ELMUSHARAF, 2017; FONSECA; SANTOS, 2009; GRECHINSKI, 2014; HESS, 2004; KIRKMAN et al., 2011; LARREA; ORELLÁN; LARREA, 2016; DO NASCIMENTO SOUZA et al., 2010; MOTTA, 2016; MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016; SANTOS; BRITO, 2014, 2016; SANTOS, 2013; SHEEHY; AUNG; FOSTER, 2015; SHELLENBERG et al., 2011; SUMMIT et al., 2016; TRYBULSKI, 2006; WALTERS, 2009), 4 (CARVALHO, 2015; PÉREZ, 2006; REBOUCAS, 2010; RIBEIRO, 2014) atingiram nove, e 1 (SELL, 2013) atingiu todos os pontos. Os detalhes relacionados à lista de verificação de avaliação crítica JBI QARI para pontuação de pesquisa interpretativa e crítica atribuída aos estudos incluídos encontram-se na Tabela 1. Trinta e dois estudos foram excluídos porque não atingiram o ponto de corte, sete dos dez estabelecidos pelo JBI QARI, nesta revisão. E 14 (COAST; MURRAY, 2016; DEGIFIE, 2015; JEJEEBHOY et al., 2010; KAYE, 2006; PALOMINO et al., 2011;

PEDROSA; GARCIA, 2000; RAVINDRAN; BALASUBRAMANIAN, 2004; SHAHAWY; DIAMOND, 2017; SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016; SORHAINDO et al., 2014; STÅLHANDSKE; EKSTRAND; TYDÉN, 2011; TUSSI, 2010; ANNE VALE, 1994; WOODSON, 2011) deles atingiram uma pontuação de seis itens; 9 (BELTON, 2007; GIPSON; HIRZ; AVILA, 2011; GRINDLAY et al., 2011; HEILBORN; FARO, 2012; KALYANWALA et al., 2012; KJELSVIK; GJENGEDAL, 2011; MAFORAH; WOOD; JEWKES, 1997; MCINTYRE; ANDERSON; MCDONALD, 2001; TÖRNBOM; MÖLLER, 1999) atingiram pontuação de cinco itens; 2 (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016) atingiram pontuação de quatro itens; 3 (BENNETT, 2001; BERALDO; MAYORGA, 2017; MADEIRO; DINIZ, 2016) atingiram pontuação de três itens; 1 (SINHA et al., 1998) atingiu pontuação de dois itens; 2 (CARVALHO; PAES, 2014; RAMÍREZ-GÁLVEZ, 1999) atingiram um item e 1 (PISTANI; CECCATO, 2014) atingiu nenhum dos itens do JBI QARI. Os desempenhos mais pobres dos estudos incluídos estavam relacionados à primeira questão, 40,54%; sexta questão, 86,48%; e sétima questão, 85,13% do JBI QARI. As revisoras consideraram que essas questões relacionadas ao referencial filosófico, à localização cultural ou teórica do/a pesquisador/a e à influência do/a pesquisador/a na pesquisa, respectivamente, não interferiram na qualidade desta revisão.

Tabela 2 - As pontuações JBI QARI atribuídas aos estudos incluídos, Salvador-Ba. 2018.

Estudos incluídos	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Andrews and Boyle, 2003	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y
Carneiro et al., 2013	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Carvalho, 2015	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Chumpitaz, 2003	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Domingos et al., 2013	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	U	Y	Y
Ekstrand et al., 2009	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Elamin et al., 2017	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Faria et al., 2012	U	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y

Fonseca and Santos, 2009	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y
Gonzaga, 2015	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y
Grechinski, 2014	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	U	Y
Hess, 2004	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Kimport et al., 2011	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Kirkman et al., 2010	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Larrea et al., 2016	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Mann et al., 2015	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Milanez, 2014	U	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	Y	Y
Motta, 2016	U	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
Mukkavaara et al., 2012	Y	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y
Naveed et al., 2016	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Ndunyu, 2013	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	U	Y	Y
Oduro & Otisin, 2014	Y	U	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Oliveira et al., 2005	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Omideyi et al., 2011	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Pereira et al., 2012	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Perez, 2006	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
Pontes, 2006	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Ramos et al., 2014	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Rebouças, 2010	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y
Ribeiro, 2014	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Santos & Brito, 2014	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Santos & Brito, 2016	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y

Santos, 2013	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Sell, 2013	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Sheehy et al., 2015	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Shellenberg et al., 2011	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Souza et al., 2010	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Suffla, 1997	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y
Summit et al., 2016	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Torres, 2013	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	U	Y	Y
Trybulski, 2006	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
Walters, 2009	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
%	76.1	97.6	100.0	95.2	95.2	21.4	16.6	85.7	90.4	100.0

Metassínteses de resultados de pesquisas qualitativas

Quarenta e dois estudos primários foram incluídos nesta revisão e, a partir desses estudos, 195 achados foram extraídos. Os resultados alcançados pelos/as pesquisadores/as primários/as, que são frequentemente apresentados como categorias, foram identificados como findings na revisão, e, desses, foi selecionada a fala da participante (illustration) que melhor a caracterizasse. Para cada par finding- illustration (Apêndice V), foi atribuído um nível de credibilidade qualitativa, sendo Inequívoca (na avaliação da relação entre a categoria do estudo primário e se a fala que melhor representa é adequada), credível (na avaliação da relação entre a categoria do estudo primário e se a fala que melhor representa é parcialmente adequada) e não sustentada (na avaliação da relação entre a categoria do estudo primário e se a fala que melhor representa não é adequada). Os pares finding- illustration foram agrupados em 50 categorias e depois em quatorze metassínteses. Os findings, illustrations, as categorias e as sínteses desse conjunto são apresentados na Tabela 2. A lista dos estudos incluídos e os pares finding- illustration correspondentes são apresentados no Apêndice V.

Quadro 2 - Resultados dos estudos primários, categorias e sínteses, Salvador-Ba. 2018

Metassíntese 1			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“[...] eu fui fazer um exame de farmácia [...] daí deu positivo. Depois, eu fui fazer o exame de sangue e também deu positivo. Aí, eu fui fazer a ultra que deu que eu tava com quatro semanas. E, daí, eu pensei, repensei e decidi induzir o aborto. [...] Só que antes de fazer fui tirar uma outra ultra pra saber como é que tava e já tava com seis semanas, aí fiz.”(p.1300) (Santos et al., 2014)	Descobrimo a gravidez (Santos et al., 2014)	Reações diante da descoberta da gravidez não planejada	A descoberta da gravidez não planejada gera conflitos e indefinições na experiência das mulheres que abortam.
[...] apareceu muito enjojo e meus peitos tavam doendo. Aí eu já descobri logo [a gravidez]. Porque meu primeiro menino foi assim também. Da minha menina... Tudininho foi assim. Antes de fazer o teste [de gravidez], eu sabia já [...] eu já tinha aquela certeza dentro de mim, só que eu não queria aceitar. (Andorinha) (p.59) (Santos, 2013)	Descobrimo a gravidez (Santos, 2013)		
“Eu vi, minha menstruação atrasou, aí procurei o enfermeiro do posto, né?, ele falou pra mim: faz um teste, deu positivo. Aí, a moça (auxiliar de enfermagem) falou assim: Me dá seu cartão e marcou pré-natal. Eu já fiquei desesperada, e falei: Ai, Meu Deus do céu - e já tinha terminado, já tinha terminado de novo com ele- o que vou fazer?!!!” (Entrevistada 12, 20 anos, segundo aborto, época atual, separada deste parceiro, dois filhos de uniões anteriores, desempregada.) (p.66) (Chumpitaz, 2003)	A Experiência da Contracepção e da Gravidez Indesejada (Chumpitaz, 2003)		
Metassíntese 2			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
Nossa, eu não controlava nem mesmo a compra dos meus absorventes! Nem sei se eu sabia sobre pílula, sobre anticoncepcional ou sobre qualquer coisa... (Fernanda) (p.96) (Grechinski, 2014)	A Anticoncepção (Grechinski, 2014)	Pouca informação sobre reprodução e contracepção	Pouca informação sobre reprodução, contracepção e responsabilização da mulher participa para ocorrência da
“It all happened so fast, I didn’t think I would have sex with him. I didn’t think I could get pregnant ... it was the last thing on my mind so we never used any protection”(p.153)(Elamin et al, 2017)	Inability to control family planning (Elamin et al, 2017)		
I was using pills but would skip doses, so got pregnant. I didn’t have much knowledge that pills had to be taken daily and so regularly. (C#18, age 30,	Ignorance of contraceptive methods and their usage		

no education) (p.6) (Naveed et al, 2016)	(Naveed et al, 2016)	gravidez.	
“Então, eu tive uma vida ativa dos dezessete aos trinta e um anos, tive uma relação estável durante seis anos tentando engravidar, tentando sem usar nenhum método anticoncepcional, eu tinha certeza absoluta que eu era estéril. As pessoas me perguntavam, eu achava que eu era estéril, sério, já tinha conversado com minha ginecologista pra gente começar a fazer exame, ela disse assim ‘Olha Rose, homem é simples, homem faz contagem de esperma, não sei o que, não sei o que, pronto, sabe se é ou se não é. Agora mulher, você tem que estar tentando, porque não tem como, a gente vai eliminando causas, não dá pra gente falar, pra eu falar com você vamos fazer um exame e saber o que é, porque que é, não, não é assim’ Então eu falei ‘Ah, então deixa, então deixa.’” (Rose) (p.149) (Carvalho, 2015)	Uso de contraceptivos (Carvalho, 2015)		
I think we should put emphasis on addressing the fears of side-effects among women, and also more emphasis should be put on dispelling the misconceptions that prevail regarding family planning methods. (C#6, age 25, primary education) (p.11) (Naveed et al, 2016)	Contraceptive method being practiced (Naveed et al, 2016)		
Na maioria das vezes, eu tive namorados que tinham resistência a usar preservativo e eu tinha resistência em usar anticoncepcional porque me deixava muito desequilibrada, emocionalmente. Eu tentei algumas vezes [...]. Mas eu sempre preferi usar só a camisinha. E aí como é uma coisa que perde a sensibilidade pro cara, muitos caras não gostam. Aí eu já corri alguns riscos. (p.64) (Ribeiro, 2014)	Conhecimento, responsabilização e uso de métodos contraceptivos (Ribeiro, 2014)		Responsabilização da mulher pela contracepção
“It sounds really stupid, I can see that now, but we’d never discussed those things before. You kind of think that it won’t happen that easily.”—17-year-old, first time Pregnant (p.175) (Ekstrand et al, 2009)	Pregnancy Prevention as the Woman’s Responsibility (Ekstrand et al, 2009)		
There are different perceptions among women regarding the family planning methods. They think that by using these tablets and injections, they will start menstruating heavily. This is the reason due to which I too didn’t use anything. I have also heard that these cause menstrual irregularities and that women cannot become pregnant again for a long time	Non-use of contraceptives. (Naveed et al, 2016)		

or perhaps never. (C#2, age 23, primary education) (p.5) (Naveed et al, 2016)			
“You’re perfectly aware that you’re putting yourself at risk, but still...you kind of think that nothing will hap- pen.”—17-year-old, first time pregnant (p.175) (Ekstrand et al, 2009)	Testing the boundaries despite awareness of risk. (Ekstrand et al, 2009)		
Metassíntese 3			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“He said, ‘Regardless of what you choose, I’ll support you—but you know what I’d prefer you to do...’ And of course I wanted to respect that.”—18-year-old, first time pregnant (p.177) (Ekstrand et al, 2009)	The role of the partner (Ekstrand et al, 2009)	Apoio do parceiro à decisão da mulher pelo aborto	Autodeterminação das mulheres e apoio de parceiros, amigos, familiares participaram do processo decisório pelo aborto.
““De imediato ele conseguiu o remédio e já trouxe, ele não demorou, tipo assim, eu falei com ele hoje e amanhã ele já trouxe, ele conseguiu rápido” (Ester) (p.169) (Carvalho, 2015)	A rede de relações (Carvalho, 2015)		
“His presence was very important to me. I needed for him to be there for me, umm, to support me ... I had supportive friends, but it's not the same as having your partner there with you. It makes you feel like you can do this and you'll be fine”(p. 221) (Suffla et al, 1997)	Perceptions of coping (Suffla et al, 1997)		
"Mis amigas más próximas, más íntimas, cuando tengo un problema o algo me pasa, tengo una amiga que lo cuento todo. Cuando tienes una persona que te escucha y está ahí en el momento para darte fuerzas, cuando lo cuentas, ya sientes como alivio, no lo tienes dentro tuyo solo para ti, hay alguien que tú sabes que puedes confiar para compartir algo" (p.4) (Ortega Larrea et al., 2016)	Comunidades emocionales (Ortega Larrea et al., 2016)	Apoio de amigas no processo de tomada de decisão e realização do aborto	
Pedi dinheiro emprestado, encontrei um colega meu aí pedi dinheiro emprestado, ele não queria dar, mas eu pedi até pelo amor de Deus, que ele me emprestasse, porque tava no início (da gestação). Ainda era mais fácil pra abortar. Aí ele me emprestou. Quem comprou na verdade não foi eu foi uma colega minha. [...]E3 (p.735) (Souza et al., 2010)	Pedi dinheiro emprestado para abortar, gastou muito dinheiro e fez tudo sozinha (Souza et al., 2010)		
“ Eu conversei com a irmã dele, com minhas colegas eu falava. Elas davam apoio, falavam para que eu fosse tirar, assim: A Mariana (filha) tá muito pequena e você ainda na casa dos outros Inclusive tinha uma menina	Os Interlocutores da Decisão (Chumpitaz, 2003)		

que morava também junto sozinha na casa da mãe dele que me ensinou usar o remédio, fiz direito do jeito que ela falou, aí saiu.” (Entrevistada 15, 26 anos, casada - 17 anos na época, primeiro aborto, primeira convivência, parceiro anterior, um filho, desempregada.) (p.70) (Chumpitaz, 2003)			
“I don’t think he quite understood...how difficult I found the situation. For instance, he didn’t show up at the hospital at the time for abortion. When I called him later on the same day, he was just like, ‘Oops, was it that early...?’ If he’d been there, I’m sure he’d have better understood what I was going through!”—16-year-old, first time pregnant (p.176) (Ekstrand et al, 2009)	The need for support (Ekstrand et al, 2009)	Ausência de suporte do parceiro	
“Contei (da gravidez), ficou muito feliz, contou pra todo mundo, mas eu não queria. Aí chorou, pediu pá eu não tirar.... mas também não contei que tirei não, falei que perdi.” (Entrevistada 07, 30 anos, convivente - 29 anos na época do aborto, namorada do parceiro atual, um filho, empregada doméstica, justificou o aborto pela incerteza do futuro do relacionamento.) (p.102) (Chumpitaz, 2003)	Quando o Parceiro Recusou o Aborto (Chumpitaz, 2003)	Autodeterminação da mulher pelo aborto	
Metassíntese 4			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“Porque eu não tinha condições de criar sozinha [...]” (Vesta) (p.72) (Milanez, 2014)	Falta de condições financeiras (Milanez, 2014)	Dificuldades financeiras como razão para o aborto	Dificuldades financeiras, não visualizar alternativa, a necessidade de limitar a prole, gerar intervalo entre gestações, militância e pressão/ rejeição da família e/ou do parceiro influenciaram a
“Quando eu cheguei (de Maranhão) eu arrumei um emprego, eu já tinha acabado de arrumar um emprego e já tava com dois meses de grávida e eles não iam deixar eu ficar no emprego porque diziam pra arrumar emprego já está grávida (...) Aí tive que tomar remédio pra não perder o emprego...” (Entrevistada 13, 28 anos, segunda convivência - 26 anos na época do aborto, parceiro atual, três filhos, faxineira de hotel.) (p.73) (Chumpitaz, 2003)	Dificuldades Financeiras e Trabalho da Mulher (Chumpitaz, 2003)		
“[...] Eu vivo com minhas filhas nas situações que dá pra viver [...] Eu tô desempregada, não tenho dinheiro pra nada! [...] Como é que eu vou ter mais um filho sem condição nenhuma?”(p.) (Santos et al., 2014)	Referindo os motivos para interromper a gravidez (Santos et al., 2014)		

<p>“ É assim, você estar desempregada ou às vezes, você tá querendo uma coisa pra dar pra seus filhos, comer sem ter,... eh... eu já passei muito por isso e... de vez em quando ainda passo e por isso que é meio ruim, mas em outras condições é bom, porque como vê, assim, mesmo, né?, a gente não pode nem “derramar” (chorar sobre) leite derramado.” (Entrevistada 04, 25 anos, convivente, dois filhos, um aborto induzido, faxineira.) (p.35) (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Dificuldades econômicas para o sustento dos filhos (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>decisão de abortar.</p>
<p>Eu não tenho condição... eu vendo água na rua, faço faxina... unha... e consigo uns 50 reais no mês... (Flor-de-Lis). (p.1059) (Pereira et al., 2012)</p>	<p>A dificuldade financeira (Pereira et al., 2012)</p>	
<p>Bárbara: Eu acho que eu não tinha condições psicológicas nem econômicas, então foi o principal... Não tinha condições e aí, quando eu fiquei sabendo não me veio outra possibilidade. Não conseguia pensar em outra possibilidade. (p.90) (Ribeiro, 2014)</p>	<p>Motivos e justificativas para o aborto. (Ribeiro, 2014)</p>	
<p>“Eu não tinha condição, não tinha uma situação financeira estável pra poder ter outro filho, entendeu?... o fator financeiro foi que mais pesou” (p.75) (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Interrupção de planos de realização pessoal (Chumpitaz, 2003)</p>	
<p>... é porque meu companheiro não trabalhava... ficava difícil, eu só tinha o dinheiro da bolsa escola, eu também não estava trabalhando (Alexandrita). (p.53) (Perez, 2006)</p>	<p>Condição financeira (Perez, 2006)</p>	
<p>Quando a gente pega barriga e não tem como criar, só tomando os remédios mesmo. Depois se puder criar faz outro. Já tenho cinco filhos e eles moram com a minha irmã para eu poder fazer serviços nas casas. (Papoula) (p.26) (Oliveira et al., 2005)</p>	<p>Fator socioeconômico (Oliveira et al., 2005)</p>	
<p>“Eu estava pensando em ter, mas diante da situação que eu estava vivendo aqui, eu não tinha casa pra morar, nesse período, depois eu já estava morando no sofá cama na casa de amigos meus, estava com emprego que era muito instável e aí isso tudo começou a pesar.” (Geovanna) (p.162) (Carvalho, 2015)</p>	<p>A decisão (Carvalho, 2015)</p>	
<p>“You need financial preparation, and I certainly couldn't afford to have a baby with my wages. Even if my boyfriend supported me, we still wouldn't have managed”(p.217) (Suffla et al, 1997)</p>	<p>Situational reasons (Suffla et al, 1997)</p>	

<p>There are too many problems now, especially inflation. When I was last pregnant, I wanted very much to deliver but what can I do? I cannot even fulfil the needs of my present family. My husband is jobless, whereas I have to feed my children and educate them. (C#10, age 30, matric education) (p.7) (Naveed et al, 2016)</p>	<p>Economic constraints (Naveed et al, 2016)</p>	
<p>“Nós estávamos em um momento de muita... modificação na nossa vida, né? Eu tinha acabado de, de... comprar minha casa, tinha que pagar prestação, dívida, (p.90) (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Quando o parceiro se excluiu de participar na decisão (Chumpitaz, 2003)</p>	
<p>I wasn't prepared for the pregnancy, it was actually a miscalculation, so we didn't expect there was going to be a pregnancy, and at that time there was no way I could sustain myself, two kids and a pregnancy. So the pregnancy was out of the question. Then in my place of work, it was not a question at all, a pregnancy again, another maternity leave, another excuse to be out of work was not an option for me, so I think the best option open to us then was to remove it and we did (p.61) (Omideyi et al, 2011)</p>	<p>Reasons for abortion (Omideyi et al, 2011)</p>	
<p>Já tenho dois filhos... não tem como criar outro” (Acácia). (p.1059) (Pereira et al., 2012)</p>	<p>Número de filho (Pereira et al., 2012)</p>	<p>Limitação da prole por</p>
<p>“There's just not room. Like we both work full time. I have morning shift, he has afternoon shift. And financially we, like, couldn't change cars and move and all the things that it takes for a fourth. Not only financially but emotionally. ..There's always enough love, but sometimes it's not enough. So I had to put my family's future first”. (p.153) (Kirkman et al, 2010)</p>	<p>Reasons related to existing children (Kirkman et al., 2010)</p>	<p>dificuldades financeiras e melhor organização familiar</p>
<p>“Falei pro meu marido que não queria aquela gravidez: sem dinheiro, morando lá, sem a mínima estrutura para criar mais um filho... Não é fácil, a gente ter que fazer uma “besteira”, mas eu não queria que meus filhos passassem fome e dificuldade como eu passei, entende? Nossas dificuldades financeiras eram muitas”. (Ruth) (p.136) (Sell, 2013)</p>	<p>A indução do aborto motivada pelas dificuldades financeiras, projetos de vida e limitação da prole (Sell, 2013)</p>	
<p>If you give birth in quick succession, your body will soon become like an “abrewa” (old woman). My child is still young, she is just 11 months, I want her to grow a little before giving birth again. I thought I was in my</p>	<p>Betrayed By My Body (Oduro and Otsin, 2014)</p>	<p>Pequeno intervalo entre gestações</p>

safe period and yet look at my situation. (Joyce, 21 years) (p.9) (Oduro and Otsin, 2014)		
Não tem condições, não! Minha filha tem três meses só! Não tem condições nenhuma de ter outro agora (p.92) (Rebouças, 2010)	O aborto como uma escolha (Rebouças, 2010)	
My son was very little when I had my daughter. I know that it causes great problem when you already have a small kid and you deliver another. My son got ill with diarrhoea. I could look after neither my children, nor the house. (C#1, age 27, matric education) (p.7) (Naveed et al, 2016)	Unwanted and untimely pregnancy (Naveed et al, 2016)	
“I found out I was pregnant and I was in complete shock. ‘Cause like I had sex with [a former boyfriend] for so long and, and never got pregnant. And then we broke up and then I had sex with this guy and just got pregnant. So it was like – it was shocking [since I] didn’t think I was able to get pregnant”. (p.6) (Mann et al, 2015)	Narratives of unintended pregnancy: shock and awe (Mann et al, 2015)	Ser jovem e não estar preparada para a maternidade
Eu fiquei feliz quando descobri que tava grávida. Feliz, mas que vinha um bocado de coisa pela frente. Uma carga grande, sabe? Em cima de mim. Demais, demais, demais! Tinha que fazer isso [aborto]... [Respira Profundamente] (Beija-Flor) (p.66) (Santos, 2013)	Expressando sentimentos envolvidos no processo de decisão do aborto (Santos, 2013)	
“[...] Era muito nova” (Diana). (p.73) (Milanez, 2014)	Jovem para ter filhos (Milanez, 2014)	
“Aconteceu sem querer (a gravidez)... por burrice e por não ter orientação. Não quis a gravidez não, eu quis mesmo (o aborto)... eu me achava muito problemática, muito criança... não queria, não sabia como fazer, como ia ser... e pedi orientação pra poder abortar.” (Entrevistada 04, 25 anos, convivente - 15 anos na época do aborto, primeiro parceiro, solteira, primeira gravidez, estudante.) (p.76) (Chumpitaz, 2003)	Imaturidade para Exercer a Maternidade (Chumpitaz, 2003)	
Seventeen-year-old Virginia, for example, said she “felt, like, mentally and maturity wise, I wasn’t that advanced to do something like, you know— instead of taking care of myself I’d have to take care of someone else”. (p.152) (Kirkman et al, 2010)	Reasons concerning the woman herself (Kirkman et al, 2010)	
... porque eu sou muito jovem... não me acho capacitada ainda de ter uma criança... de criar... (Safira). (p.54) (Perez, 2006)	Ser jovem (Perez, 2006)	

<p>“Eu sabia que eu tinha ainda muito pela frente, não é exatamente ser nova, era de parar a minha vida naquele momento pra viver uma coisa a qual eu não queria. Eu não queria. Eu não me via como mãe, não me via com uma criança, andava com minhas amigas que tinham decidido ter e achava uó aquilo, enquanto eu queria aproveitar a minha vida... eu queria aproveitar a minha vida, queria voar... (p.92) (Grechinski, 2014)</p>	<p>As relações: amorosas, profissionais, familiares (Grechinski, 2014)</p>	<p>Decisão pelo aborto para não interromper projetos de vida.</p>
<p>Com um filho dele, e com um emprego pouco seguro, eu podia ficar dependente... isso eu não quero! (Amarilis). (p.1060) (Pereira et al., 2012)</p>	<p>Perda da autonomia (Pereira et al., 2012)</p>	
<p>“ A desvantagem é a liberdade... a desvantagem pra mim foi a liberdade até porque... eu tive que parar tudo, freei a minha vida e... pra ir longe. A grande desvantagem de eu ter um filho aos 14 anos, foi que aos 14 anos eu estudava, queria ir pra praia... ir pra uma festinha com os amigos e via todo o mundo ir e tive que ficar em casa. Mas com o passar do tempo você conquista ela de novo, que eu conquistei a minha, hoje tenho dois filhos e consigo fazer todo o que eu gosto : vou pra praia levo a minha filha, eu vou no shopping eu levo ela no colégio, eu levo. Eu tenho minha mãe que sempre me apoiou o tempo todo, se eu quero sair à noite, minha mãe olha numa boa... hoje eu não consigo ver desvantagem no momento presente.” (Entrevistada 12, 20 anos, separada, dois filhos, dois abortos induzidos, desempregada.) (p.36) (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Paralisação ou adiamento de outros projetos de vida (Chumpitaz, 2003)</p>	
<p>Eu tinha acabado de ser promovida no meu trabalho, e a gravidez não havia sido planejada. (Lírio) (p.26) (Oliveira et al, 2005)</p>	<p>Profissão (Oliveira et al., 2005)</p>	
<p>“There’s no way I can have this child and I’m not interested in having, you know, a child. I want to go to college and there are things I want to do and a child does not fit into that pattern.” (p.195) (Hess, 2004)</p>	<p>Making the Decision (Hess, 2004)</p>	
<p>(...) ainda estamos estudando e ele não queria parar para trabalhar. (Jasmim) (p.25) (Oliveira et al., 2005)</p>	<p>Idade (Oliveira et al., 2005)</p>	
<p>Eu fiquei desesperada pensando em como eu ia levar isso pra minha casa, pra minha família, porque eu tinha 21 anos, ainda estava fazendo faculdade (p.80) (Ribeiro, 2014)</p>	<p>Descoberta e revelação da gestação. (Ribeiro, 2014)</p>	
<p>“I was in two minds before I could decide, fifty, fifty, it was a real hard</p>	<p>Deciding to have the</p>	

<p>decision and it was very difficult with the first tablets Some”(p.722) (Mukkavaara et al, 2012)</p>	<p>tablets Taking the remaining tablets was easier (Mukkavaara et al, 2012)</p>	
<p>“tinha dois meses quando o pai dele foi embora. Minha vida foi muito difícil. Aí ficava pensando nisso... Vou ter outro? Agora com esse que já tá com três anos, vou ter que recomeçar tudo de novo, aí ele por cima vai embora.” (Entrevistada 07, 30 anos, convivente - 29 anos na época do aborto, separada, namorada do parceiro atual, um filho, empregada doméstica.) (p.83) (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Incerteza do futuro do relacionamento (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Não ter filho na ausência de um pai.</p>
<p>“...there is nothing like unwanted pregnancy. Every pregnancy is wanted but sometimes you do not accept it because of some problems, for example, with us who have no husbands.” [Bi Neema: separated; 8 children; 1 unsafe abortion; complete secondary education; Kilifi Rural] (p.96) (Ndunyu, 2013)</p>	<p>Abortion amongst the separated women (Ndunyu, 2013)</p>	
<p>“Then you know after that the trust, the closeness, you know I and my mum are very tight, all that goes away, because “this is my daughter but I can’t trust her anymore”, imagine!” [Binti Mercy: 1 safe abortion; ‘never married’; nulliparous; pre-university; Kilifi Peri-urban] (p.91) (Ndunyu, 2013)</p>	<p>Abortion amongst the ‘never married’ women (Ndunyu, 2013)</p>	
<p>“Those other two pregnancies when I got them to be honest, I had to terminate. I just saw I had too many problems and I did not expect to get such a thing so it was like bad luck. You get a friend and you move on well but when you get that thing and explain to him he refuses and says “aaagh! I cannot be responsible for it” (makes gestures with hands). Therefore, when I reason out that I am the mother and father of my children because the father of my children died...” [Bi Fatma: 2 unsafe abortions; widow; 2 children; incomplete secondary education; Kilifi Peri-urban] (p.102) (Ndunyu, 2013)</p>	<p>Abortion amongst the widows (Ndunyu, 2013)</p>	
<p>[...] quando eu contei que estava grávida, mostrei o exame a ele, ele tremia todinho, quase que não abria o papel direito. [...] mas, depois ele não quis</p>	<p>Revelando as atitudes do parceiro diante da notícia</p>	

<p>mais saber. Com o passar do tempo, ele se fez de desentendido, sabe? Ele deixou de ligar pra mim. Eu ligava e ele não queria falar comigo. Fugia. [...] Ele não quis, de certa forma, assumir no geral. (Beija-Flor) (p.85) (Santos, 2013)</p>	<p>da gravidez (Santos, 2013)</p>
<p>Antes de fazer o aborto, procurei o pai pra conversar e não obtive resposta. Contei da gestação, ele não disse nada, ficou calado como uma porta. E aí eu entendi o recado. Mas mesmo assim insisti e perguntei. Ele não ia assumir. Deixou claro que eu estava sozinha. (E13) (p.63) (Motta, 2016)</p>	<p>Questões relacionadas ao parceiro (Motta, 2016)</p>
<p>“ [...]olhava assim pelo jeito de ele (o parceiro) me conhecer e falar que o filho não é dele né[...] eu fiquei com aquele trem na cabeça e se quer saber, eu não quero menino mais não[...]” (Vesta) (p.73) (Milanez, 2014)</p>	<p>Falta de apoio (Milanez, 2014)</p>
<p>I knew my partner would deny being responsible and I couldn't go about with a protruding tummy for which no one would accept responsibility. [IDI F, 21 years, unmarried] (p.61) (Omideyi et al, 2011) Eu sabia que meu parceiro iria negar ser responsável e eu não poderia continuar com uma barriga protuberante para a qual ninguém aceitaria responsabilidade. [IDI F, 21 anos, solteiro] (p.61) (Omideyi et al, 2011)</p>	<p>Decision to abort (Omideyi et al, 2011)</p>
<p>“...you are the one who is stupid, what do you expect me to do with a baby this young (referring to her age) and you can't even feed it yourself... No I can't do that!” So he had no say actually, it was my choice, it was my decision; he just had to go by my decision.” [Binti Mercy: never married; nulliparous; 1 safe abortion; Kilifi Peri-urban] (p.111) (Ndunyu, 2013)</p>	<p>Personal <i>versus</i> Consultative Decision (Ndunyu, 2013)</p>
<p>Eu não falei pra ninguém [sobre a gravidez]. Não era o pai da minha filha, foi de um outro relacionamento que eu tive. [...] Ele só soube que minha menstruação tava atrasada, mas eu não concretizei pra ele que eu tava gestante não. Ele é casado. Eu me encontrava com ele às vezes. [...] Eu não quis comentar com ele. Pra que contar? Ele ia ficar na dúvida se era o pai. Então, fiz tudo sozinha [Silêncio]. (Jaçanã) (p.80) (Santos, 2013)</p>	<p>Informando ao parceiro sobre a gravidez (Santos, 2013)</p>
<p>“Não contei porque ele não ia querer, ele não ia concordar. Não ia concordar, não, porque... pensava que pra ele quanto mais ter filho é mais bonito, que é bonito ter filho, porque ele já conversa isso pra mim. Que</p>	<p>Quando o parceiro não foi informado da gravidez nem do aborto</p>

hoje em dia, eu não quero ter relações, ah, que eu primeiro quero colocar DIU, ele acha : O que que tem?!!! ”(Entrevistada 09, 41 anos, convivente, segundo parceiro - 33 anos na época, parceiro atual, quatro filhos, vendedora de bijuterias, justificou o aborto por motivos econômicos e de relacionamento.) (p.85) (Chumpitaz, 2003)	(Chumpitaz, 2003).	
“... E o seguinte, assim como ele falou que não queria o filho naquele momento, aí eu ...(fiz o aborto)” (Entrevistada 06, 28 anos, convivente, segundo parceiro – 23 anos na época do aborto, coabitante parcial, primeiro parceiro, tinha perdido um filho de seis meses de idade, empregada doméstica.) (p.77) (Chumpitaz, 2003)	Recusa da gravidez pelo parceiro (Chumpitaz, 2003)	
“Porque ele virou e falou assim pra mim que não era a hora ainda, que não queria filho agora, aí ele pegou e me pediu pra abortar.” (Minerva) (p.73) (Milanez, 2014)	Companheiro não desejar (Milanez, 2014)	
Felicity (22) said that she had an abortion first of all for the child’s sake. I mean, there was no father in the picture ..., not to mention the fact that, you know, I couldn’t offer it everything at this point. I wasn’t financially secure. My living situations weren’t ideal. So, and my age. (p.153) (Kirkman et al, 2010)	Reasons related to the potential child (Kirkman et al, 2010)	
“Pensei em ter uma produção independente, mas, sempre pensava também que o ideal é você ter um filho com uma família estruturada, uma família, pai, mãe, filho, sou conservadora (Azaleia) (p.155) (Carvalho, 2015)	Motivações (Carvalho, 2015)	
Só quero ter filho quando eu tiver família, casamento, casa para morar, eu não quero ter um filho sem pai... sendo mãe solteira (Clarice) (p.104) (Rebouças, 2010)	Desejo de ter filhos somente num relacionamento estável (Rebouças, 2010)	
“...my mother said, yes, I should remove it ...”. (Matilda, 29 years) (p.12) (Oduro and Otsin, 2014)	The Self and Abortion Decision: “I Control My Body” (Oduro and Otsin, 2014)	Sofrer pressão e rejeição do parceiro/ membro da família para abortar.
“Ele... Começou a me pressionar pra fazer, pra abortar, e... Falou que se eu não fizesse ele ia desaparecer. meu pai me ameaçava expulsar de casa”	Envolvimento e influência do parceiro. (Ribeiro,	

(p.84) (Ribeiro, 2014)	2014)
<p>“Me obrigou e falou que não, que eu tinha que tirar esse filho, que não podia, que ele tava muito novo, que já tinha muito filho, que eu também já tinha filhos, que não precisava ter filhos. Mas eu visei muito do lado do sentimento que eu tinha com ele... então um filho dele pra mim uma maravilha, ter um filho. Por eu já gostar de crianças e por ser uma pessoa que eu já gostava muito... foi tentando me convencer, me convencer... até que consegui me convencer de tirar o filho.” (Entrevistada 12, 20 anos, separada - 19 anos na época do primeiro aborto, convivente, dois filhos de uniões anteriores, desempregada. Indicou a recusa masculina da gravidez e o desejo de manter o relacionamento como razão para o aborto.) (p.95) (Chumpitaz, 2003)</p>	<p>Quando o parceiro promoveu o aborto (Chumpitaz, 2003)</p>
<p>“Eu fui toda feliz pra visita e levei um pacotinho com um sapatinho de bebê e dei pra ele. Era assim que eu queria que ele soubesse da gravidez (pausa/silêncio). Ele ficou louco! Dava soco na parede, jogou os sapatinhos de bebê no lixo. Eu fiquei tão decepcionada (choro). Eu sempre me iludi muito. Eu imaginei a semana toda como seria aquele momento e foi horrível. Ele só dizia: “Não dá cara, Não dá! Isso é a pior coisa que pode acontecer. Não dá. Não dá! Ele “berrava” que eu fiz de propósito. [...] Eu tava ansiosa pra terminar essa confusão.[...]“É a pior coisa que uma mulher pode passar! Pelo menos pra mim foi. Desde a hora que foi rejeitada pelo pai, até tu ter que decidir que não vai ter uma criança que tu querias tanto... (silêncio/ choro contido”). (Débora)(p.135) (Sel, 2013)</p>	<p>A indução do aborto motivada pela rejeição da gravidez pelo companheiro (Sell, 2013)</p>
<p>[...] no dia seguinte minha mãe e meu marido resolveram que a gente ia tirar o bebê. Aí eu falei: Não, gente, eu não quero não. Mas me colocaram em um canto e falaram: “Você vai fazer o aborto!”.(E3) (p.58) (Motta, 2016)</p>	<p>Falta de autonomia na decisão: abortamentos contrariados (Motta, 2016)</p>
<p>“My husband was putting a lot of pressure on me to have one. He was like, ‘No, this [pregnancy] isn’t a good idea. . . . You need to have that done.’ Because it was his decision more than mine, I think I resented that a little bit, although now that I’m looking back at it, I know that it was the best</p>	<p>Making the Decision (Kimport et al., 2011)</p>

thing I could've done.” Susan (a white 47-year- old) (p.105) (Kimport et al, 2011)	
Eu não sei nem lhe explicar [Silêncio]. Eu fico triste, né, muito triste [Silêncio]. Porque ele não aceitava eu estar grávida e aí mandou eu tirar [Silêncio]. Ele pensou que isso ia acabar com a vida dele. Que um filho ia acabar com ele, se não fosse da mulher dele. [...] É triste gostar de uma pessoa e a pessoa... A gente nunca imagina o dia de amanhã, o que nos pode acontecer. Eu não esperava essa atitude dele, sabe? Não esperava, não. Eu pensei que ele ia aceitar [a gravidez] e eu ia ter a criança, normal [Choro]. Estou com ele há três anos, eu não esperava. (Asa Branca) (p.92) (Santos, 2013)	Relatando os sentimentos oriundos da interação com o parceiro (Santos, 2013)
Algum tempo meu pai havia falado que caso acontecesse comigo algum dia, me colocaria para fora de casa. (Jasmim) (p.27) (Oliveira et al., 2005)	Pressão familiar (Oliveira et al., 2005)
Minha vida está muito difícil! Minha mãe não me aceitou, meu pai não me aceitou [grávida]. [...]. Então, assim, eu me senti pressionada e numa situação muito difícil Foi isso que ocasionou o meu aborto. (Beija-Flor) (p.72) (Santos, 2013)	Referindo os motivos para interromper a gravidez (Santos, 2013)
Minha família é bastante rígida, eu tinha mais medo dos meus pais, isso me fez tomar a decisão do aborto. (...) (p.89) (Grechinski, 2014)	A relação das entrevistadas com suas mães e pais (Grechinski, 2014)
Eu achava que minha mãe ia ser minha amiga nessas horas, e ela não foi. O meu pai, eu achava que ele ia me expulsar de casa... mas ele foi a única pessoa que me dizia que não iria me desamparar. No entanto, a todo o momento ele falava uma coisa... mas a atitude... a expressão... era outra (Clarice) (p.98) (Rebouças, 2010)	Uma experiência de solidão e desamparo (Rebouças, 2010)
“Meu pai e minha mãe não ia me aceitar dentro de casa.” (Ceres) (p.72) (Milanez, 2014)	Medo da reação dos pais (Milanez, 2014)
“O pai é muito “duro”, cobra muito, exige que as filhas se cuidem, que não namorem, que não façam nada (sexo) com os namorados. Seria muito decepcionante pra ele. Não queria dar desgosto, que eu tava grávida de novo”. (Talita)(p.136) (Sell, 2013)	A indução do aborto motivada pelo medo da reação dos pais (Sell, 2013)

A gente morava num quarto na casa da minha mãe e dependia dela. Não tivemos o que fazer. Ela não aceitou (p.55) (Motta, 2016)	Falta de autonomia financeira (Motta, 2016)	
“...quando viram que eu estava grávida, foi horrível, minha mãe começou a chorar e quando eu vi minha mãe chorando eu comecei a me sentir péssima por causa disso. A questão da minha mãe era que eu era mulher, eu era uma menina, que eu não era casada, que as pessoas iam me chamar de puta.” (Perséfone) (p.90) (Gonzaga, 2016)	Mãe: ser ou não ser: critérios para a decisão de interromper a gravidez (Gonzaga, 2016)	
[...] ... ela me levou para fazer um exame e, aí, deu positivo. [...]. Na mesma hora, [...] me disse que eu não poderia ter aquele filho (D2). (p.3) (Domingos et al, 2013)	Abortamento por imposição da mãe (Domingos et al., 2013)	
“My mom was very negative! Her words echoed in my head... which kind of made me feel forced to do it. I had the abortion against my own will.”— 18-year old, first time pregnant (p.176) (Ekstrand et al, 2009)	Free to decide, as long as the pregnancy is terminated (Ekstrand et al, 2009)	
Glória: Conteí pro meu namorado, conteí pra umas amigas, que me ajudaram, alguns amigos homens também me ajudaram e conteí pra uma irmã e foi péssimo, a reação dela [...] Essa minha irmã, ela tinha feito um aborto e eu que tinha conseguido todas as coisas pra ela fazer o aborto. E ela fez o aborto e um ano depois eu engravidei, e ela botou pra ferver em cima de mim, entendeu? Foi violento, assim. (p.102) (Ribeiro, 2014)	Apoio, confiança e redes de solidariedade. (Ribeiro, 2014)	
“Olha, não sei se eu estava bem decidida. Eu sei que eu me lembro que eu nunca me questioneí, assim. Eu achava que não tinha outro caminho. Então mesmo que eu tivesse dúvidas, que eu ficasse balançada sobre ir ou não, eu não tive escolha”. (p.82) (Ribeiro, 2014)	Tomada de decisão, dúvida e influência externa no processo (Ribeiro, 2014)	Aborto como única alternativa
“Se eu não fosse feminista [...] desde cedo, com certeza eu talvez tivesse titubeado muito pra tomar minhas decisões, me sentido culpada, vir carregando isso o tempo inteiro, fazer um muro de lamentações e deprimir. O feminismo marcou e marca a minha vida assim inteiramente, principalmente na questão de liberdade, da minha liberdade em tudo, nas minhas relações, no meu modo de ver o mundo”. (Geórgia) (p.1149) (Carvalho, 2015)	O papel do feminismo na decisão (Carvalho, 2015)	Influência da militância no processo decisório pelo aborto

Metassíntese 5			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“I was not prepared for how archaic and old-fashioned people’s beliefs are about abortion, and I have a couple of friends who have a really strong Christian background, who said some things that actually really, really hurt my feelings. So I felt really pressured and overwhelmed.” Melinda (a white 29-year-old) (p.107) (Kimport et al, 2011)	Social Support After Abortion (Kimport et al, 2011)	Conselhos de natureza religiosa	A decisão de abortar foi tomada apesar do recebimento de conselhos de ordem religiosa contrários a esta prática
Alice: A minha outra amiga, ela falou pra eu não fazer isso, mas ela falou porque ela é religiosa né, ela é espírita. Então ela foi pela crença dela né. Mas ela não me julgou assim, ela só falou que eu não devia fazer. (p.89) (Ribeiro, 2014)	Influência da religião e religiosidade (Ribeiro, 2014)		
“From my religious perspective, it's not allowed. On that basis, my family and my community is vehemently opposed to it. But I feel differently. It's my body and it is my right to make decisions about it. I really feel strongly about that.”(p.216) (Suffla et al, 1997)	Personal reasons (Suffla et al, 1997)		
Metassíntese 6			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
Mas o ruim é que é tudo muito escondido, você não consegue, e aí as pessoas que te vendem podem te vender a coisa errada, não tem como se resguardar [...] Eu senti medo na hora de comprar... Cheguei lá no metrô tinha polícia lá na frente, então não sei, eles podiam ver... Foi muito tenso. (p.97) (Ribeiro, 2014)	Clandestinidade: questão legal, insegurança e segredo. (Ribeiro, 2014)	Clandestinidade do aborto gera medo	No processo de aborto, as mulheres experimentam o medo da morte que resulta em sofrimento, acompanhado da necessidade de sigilo pela clandestinidade.
(...) jamais vou fazer isso de novo. Quase perdi a minha vida. (Orquídea) (p.28) (Oliveira et al, 2005)	Medo de morrer (Oliveira et al., 2005)	Medo de morrer durante o processo de abortamento	
... quando eu tava sangrando, me deu medo de morrer... eu achei que ia morrer mesmo (Amarílis) (p.1060) (Pereira et al, 2012)	Medo de morrer. (Pereira et al., 2012)		
... eu pensei em morrer, que eu ia morrer, pensei em deixar meus filhos, eu realmente acreditava que eu ia morrer, mas também pelo outro lado eu acreditava que eu tinha que fazer isso... fiquei o tempo todo com medo de morrer... (Topázio). (p.65) (Perez, 2006)	Morte (Perez, 2006)		
... 15 dias esse menino sofrendo dentro de mim, eu sofria de um lado, ele	Sufrimento (Perez, 2006)	Sufrimento	

sofria do outro... (Alexandrita). (p.66) (Perez, 2006)		durante o processo de abortamento
... foi muito ruim... é sofrimento, é dor, humilhação... é perda de uma coisa que tá saindo de dentro de você... tá perdendo uma coisa que é da gente... é difícil, não sei explicar... (Jaspe). (p.58) (Perez, 2006)	Dor emocional (Perez, 2006)	
“Eu achei que [abortar] ia ser o melhor pra mim. Mas, te digo... É muito difícil! [Pausa] [...] O povo pensa que a gente não sofre, mas a gente sofre.”(p.1305) (Santos et al, 2014)	Expressando sentimentos envolvidos no processo de decisão do aborto (Santos et al., 2014)	
Então assim, do ponto de vista físico foi muito tranquilo, mas do ponto de vista emocional a experiência foi devastador..., eu fiquei muito mal...muito mal durante muito tempo. (Virgínia) (p.79) (Rebouças, 2010)	Uma experiência de sofrimento (Rebouças, 2010)	Experiência difícil durante todo o itinerário
Não, eu penso um pouco assim né, mas assim eu penso mais que foi muito difícil pra mim. Então penso muito em outras pessoas que passam por isso, né. Fico pensando, por que outras pessoas precisam passar por isso? Poderia ser bem mais fácil, bem mais tranquilo [...] Mas a minha coisa pessoal mesmo passou, eu não penso muito, sabe? (p.111) (Ribeiro, 2014)	Sobre a experiência revivida e o hoje. (Ribeiro, 2014)	
“I didn’t like it, because...it was a very difficult, personal decision, so for me...it’s like basically revisiting that moment every time now I go back to the clinic.” (Participant (p.32) (Summit et al, 2016)	Abortion in the Family Medicine Setting: Initial Reactions (Summit et al, 2016)	
“Nossa, é horrível. Eu acho que é a pior coisa [...] a sensação é horrível [...] Eu tô sofrendo bastante... [...] não quero passar por isso mais nunca em minha vida...[...].” (Tulipa) (p.46) (Torres, 2013)	Abortamento é um fato que marca para sempre (Torres, 2013)	
“I saw the machine they used. I was wide- awake. I remember seeing them suck the baby out of me, like all the blood and everything. It was right next to me so I could see it. I just thought, how terrible, not only am I young, and I felt bad about doing it. You know, I saw my baby die.” (p.195) (Hess, 2004)	Coping With the Memories (Hess, 2004)	
... eu estava sozinha, não tinha ninguém comigo e ninguém sabe que eu fiz o aborto, só eu mesmo! É ruim, sem apoio... Uma pessoa do meu lado para dar apoio porque aí eu não ia me sentir tão sozinha... Porque eu tenho	Solidão (Perez, 2006)	Sentimento de solidão e abandono

medo, sofro muito por me sentir sozinha. Às vezes eu me sinto abandonada! [silêncio] (Safira). (p.68) (Perez, 2006)			
Metassíntese 7			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“I was looking for the right channel, people to follow because this was the first time and I did not know the channels to follow. But I approached this friend of mine and luckily this friend of mine had already had abortion some months before. So she took me to where she had her abortion.” [Binti Maria: Mombasa City; single; nulliparous; 2 safe abortions] (p.124) (Ndunyu, 2013)	Knowledge (channels to follow) (Ndunyu, 2013)	Indicação de local para abortar feito por amiga	Há dificuldades no processo de busca pelo aborto que são amenizadas por envolvimento de amigos e profissionais.
“Finding someone to do it wasn't a problem. One of my friends knew someone whose girlfriend had an abortion. He obtained the contact details ... all I had to do was make the phone call. It was strange ... I had to speak in coded language when called this woman, and she in turn spoke in codes. She indicated that she would perform the procedure at my house for security reasons. It would be safer to do it that way”(p.218) (Suffla et al, 1997)	Procuring the abortion (Suffla et al, 1997)		
Fui até uma amiga que tinha duas amigas que já tinham abortado. Aí, ela disse que tinha um amigo que podia ajudar, porque conhece uma pessoa que vende [Cytotec®]. [...] ela me deu o telefone dele. Aí, a gente foi conversando. [...] ele mandou eu ligar quando eu conseguisse o dinheiro. [...] Aí, marquei e peguei o remédio. (Garça) (p.100) (Santos, 2013)	Procurando informações sobre o método abortivo (Santos, 2013)		
“The hardest part was getting the prescription... in the end I got it through a friend of a friend who was a doctor... but before that I made several appointments with gynaecologists trying to find a friendly doctor who would give me a prescription.”(p.4) (Ramos et al, 2015)	Getting hold of the medication (Ramos et al, 2015)		
Yes, you do have to search for them and ask many people. It's quite difficult to find out who provides the service and who doesn't. They don't do it openly as they fear bringing a bad name to them. (C#18, age 30, no education) (p.9) (Naveed et al., 2016)	Issue of finding a service provider for abortion (Naveed et al., 2016)	Dificuldades para encontrar um serviço de aborto	
(...) eu fui ligando pro meu gineco e marquei uma consulta, ele disse:	O Procedimento	Encaminhament	

Carol, pode procurar essa colega, e me deu o nome de outra pessoa, uma médica, e eu fui no endereço, liguei e fui, era uma consultório normal também. (...) o meu aborto foi um aborto privilegiado eu diria, com médico especialista no assunto que me deu o principal suporte. (Carolina) (p.100) (Grechinski, 2014)	(Grechinski, 2014)	o feito por profissional de saúde	
Metassíntese 8			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
Yes the clinic was neat and instruments also seemed to be clean, though the health provider didn't boil them in front of me. (C#25, age 25, no education) (p.9) (Naveed et al, 2016)	Disinfection and sterilization (Naveed et al, 2016)	Importância do local e instrumentos amenizam o processo.	Ambiente para a realização do aborto define diferentes experiências, dependendo da legalidade do procedimento.
"Here it was more private and calm. Nobody knows what you're doing. Ain't nobody with no picket signs in front of the building." (p.33) (Summit et al, 2016)	Privacy (Summit et al, 2016)		
"Well, when I went to see my doctor...that's when I found out I was pregnant. So, you know, I made the decision right there. Being that I didn't have to wait and go someplace else, it was very convenient that she was able to...[make the appointment] while I'm still in the office and so it was very convenient, very fast and easy for me." (p.33) (Summit et al, 2016)	Convenience (Summit et al, 2016)		
"I think that it may just go back to it's a safe place. You know, it's years of coming here, and so I think it goes back to childhood, you know, like you just trust a setting and the people...I'm going to cry... it's a lot of trust." (p.32) (Summit et al, 2016)	Connection to Place (Summit et al, 2016)		
Bom, eu não recebi assistência de saúde nenhuma, é difícil... eu não recebi assistência de saúde porque eu fiz numa dessas clínicas clandestinas, a clínica tem nome, mas é praticamente clandestina, o único remédio que eu recebi foi Tylenol pra tomar caso dor. Não me foi explicado nada(...). Eu quando acabei de fazer o abortamento, eu fiquei desmaiada; todo mundo, tinha mais ou menos na sala umas 25 mulheres, tudo pra fazer... aí deram, te dão uma droga que você desmaia, não vê nada, eles vão e faz o que tem que fazer e você não sabe se o médico que está cuidando de você é um profissional, não sabe como foi feito... é uma loucura. Você se joga na mão	Clandestino x legal: as diferenças e as violências da assistência (Pontes, 2006)	Atendimento em clínica clandestina	

de uma pessoa estranha, ela te dá uma injeção e pode fazer o que quiser com você. E depois, e outra: você não tem o direito de reclamar. É muito arriscado, você depois pode querer ter um filho e não poder, é muito arriscado... É muito arriscado, você não tem como reclamar, se você passa mal, se você tem alguma coisa você não tem como reclamar. (Quartzo-Rosa) (p.68) (Pontes, 2006)			
“...parece uma clínica de depilação assim, é tudo rosinha e bonitinho e feminino e limpo e branquinho e cheio de florzinha e vasilhos de flor assim [...]. (p.101) (Ribeiro, 2014)	Clandestinidade X legalidade (Ribeiro, 2014)		
Metassíntese 9			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
[...] minha menstruação atrasou, eu não tava nem com 2 meses quando eu tomei o chá, são várias misturas. Comprei e fiz em casa, as meninas me ensinaram, e o pessoal que vende folha em barraca, me ensinou a fazer também chá de espinho cheiroso [...]E3 (p.734) (Souza et al., 2010)	Desconfiou, tomou chás, comprou misoprostol, tomou e aplicou via vaginal; tomou injeção para dilatar útero, usou sonda, foi para o hospital após hemorragia (Souza et al., 2010).	Ingestão de chás abortivos	O acesso aos diferentes meios abortivos viabiliza a realização do aborto por meios seguros ou sob os riscos da clandestinidade em meio ao desconhecimento das mulheres sobre os procedimentos e as manifestações clínicas.
“Aí eu ficava tomando chá de mil coisas que eu ouvia as pessoas falarem que eram abortivos, aí eu ficava tomando chá escondida, sozinha. Algodão, folha de algodão, cravo e canela, coca cola com café. Eu não lembro muita coisa não, eu lembro que tinha uma história de coca cola com café, lembro do chá de algodão, tomei muito chá de algodão. E tinha um outro que eu acho que era cravo, tanto que até hoje quando eu sinto o cheiro de cravo eu sinto muito enjoo.” (Perséfone, sobre seu primeiro itinerário abortivo aos 16 anos.) (p.104) (Gonzaga, 2016)	Chás, Cytotec, Clínicas e Internamento (Gonzaga, 2016)		
“You can do this at home, it allows you to have somebody there that you trust and can get support from.”(p.6) (Ramos et al, 2015)	Using the medication (Ramos et al, 2015)	Ingestão de medicamentos abortivos	
Patrícia: E aí assim, várias experiências de amigas que eu conheço falam que com o remédio é mais tranquilo do que com clínica. Porque o remédio	Método utilizado para o aborto (Ribeiro, 2014)		

<p>you meio que faz na sua casa, a coisa dá certo, ela realmente acontece e depois você às vezes vai pro hospital só pra fazer uma curetagem. (p.94) (Ribeiro, 2014)</p>		
<p>Tomei o remédio por conselho da vizinha que já havia realizado quatro abortos. (Íris) (p.26) (Oliveira et al., 2005)</p>	<p>A influência de outras pessoas (Oliveira et al., 2005)</p>	
<p>“It seems less risky to me. Yes, it seems safer, and less... I don’t know, I feel that maybe [surgical abortion] is too much of an intervention into your body. I used the pills instead, I did it at home, with the people I love, and maybe it is less hard than the curette.”(p.3) (Ramos et al, 2015)</p>	<p>The decision to terminate a pregnancy using misoprostol (Ramos et al., 2015)</p>	
<p>... acordei pela manhã e vê o remédio... a dúvida... desespero... tomar ou não tomar... foi difícil nessa hora.... eu pensava em muita coisa... fiquei um bom tempo com o remédio na mão já aberto, sem tomar, com um copo de água próximo a mim...tomei coragem, preparei, amassei os comprimido... já com um pouco de pomada vaginal, coloquei no aplicador... fiquei ainda pensando um bom tempo... tomei dois,. (Topázio). (p.60) (Perez, 2006) Neste exemplo, deixar apenas o que se refere à ingestão de medicamento.</p>	<p>Coragem (Perez, 2006)</p>	
<p>[...] Passei 12 horas em jejum, que era pra o efeito ser mais forte. Eu aprendi isso com uma amiga, no primeiro aborto que eu fiz. E, também, como eu já tinha tomado uma vez [o Cytotec®], eu fiquei com medo do organismo ter tido, tipo, uma barreira de proteção e não fazer o efeito que eu queria. Então, eu fiz 12 horas de jejum pra poder tomar e colocar [no canal vaginal]. Fui esperta! (Anacã) (p.109) (Santos, 2013)</p>	<p>Relatando a efetivação do aborto (Santos, 2013)</p>	
<p>“I got pregnant a second time. I couldn’t tell my mother again... my friends told me they would bring it down for me. So they did. They put me on a bed and opened my legs. They inserted a metal wire and started scrapping inside me themselves... my mother doesn’t know about this. I don’t want her to know.” (p.154)(Elamin et al, 2017)</p>	<p>Choosing to have an unsafe abortion (Elamin et al., 2017)</p>	<p>Inserir instrumentos abortivos na vagina</p>
<p>[...] O médico me perguntou o que foi que eu tinha tomado, peguei falei: eu botei sonda mesmo. Aí ele perguntou: ainda existe isso? Aí eu disse oxê, lá no bairro ninguém usa cytotec, só bota sonda. O povo todo procura ela</p>	<p>Tomou chá, 8 dias usou misoprostol, mas perdeu com a injeção para dilatar</p>	

<p>(pessoa do bairro que provoca). Aí ele: não sei ainda como ela não foi presa! Porque primeiro quando eu fui na casa dessa moça (que prática o aborto) e ela fez lavagem em mim (via vaginal) e não desceu, aí ela disse que o jeito era botar a sonda. [...]E8 (p.735) (Souza et al., 2010)</p>	<p>útero e a sonda. (Souza et al., 2010)</p>		
<p>Agora, eu não tinha ideia de que isso funcionava... Não peguei informação suficiente. Que funcionava como se você tivesse feito um parto, que teria que ir no hospital, fazer a curetagem. Então eu achei que era algo que expulsava e pronto. Então passou uns dias, eu acabei indo pra um show, e pulei muito nesse show. Quando eu cheguei em casa me senti mal, senti muita cólica. [...] Então eu liguei pra esses amigos, que estavam no dia que confirmou a gravidez. Eles foram me apanhar em casa, daí eu comecei uma peregrinação pra ir em hospitais. . (p.105) (Ribeiro, 2014)</p>	<p>Complicações pós-aborto, atendimento e violência institucional. (Ribeiro, 2014)</p>		
<p>“I think he cut the placenta and I felt the blood and every- thing coming out. It was like birth pains and it lasted for two to three hours, but I didn't want to see the child”(p.219) (Suffla et al, 1997)</p>	<p>The abortion procedure itself (Suffla et al, 1997)</p>	<p>Curetagem uterina</p>	
<p>“Olhe, é assim: quando eu fui entrando lá na sala, eu vi uma menina lá aberta, um negócio vermelho pro lado de fora... Eu achei que fosse o útero. Mas como eu já estava meio vacilando, eu já estava até sentindo febre, então eu creio que foi coisa da minha cabeça. [...] depois eu perguntei a enfermeira e ela disse que achava que era mais ou menos isso. Então eu acredito que bota o útero para o lado de fora e faz uma raspagem pra depois queimar”. (Priscila, 27) (p.411) (Carneiro et al., 2013)</p>	<p>Sala de procedimentos (Carneiro et al., 2013)</p>		
Metassíntese 10			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
<p>“E aí começou esse sangramento aí que deu uma dor terrível, que são contrações, eu vomitei, tive diarreia, tudo ao mesmo tempo, não sei, suor, dor, muita dor, muita dor mesmo, só que aí parou, isso foi, não sei, uma hora, e é terrível. Nossa! As mulheres acho que no parto é essa dor de contração.” (Francisca) (p.179) (Carvalho, 2015)</p>	<p>O aborto (Carvalho, 2015)</p>	<p>Diferentes sinais e sintomas vivenciados simultaneamente</p>	<p>Diferentes sinais e sintomas são vivenciadas sob desconhecimento em relação ao processo do aborto.</p>
<p>... entrei em desespero...a dor era tão forte, tão intensa... uma dor muito horrível que eu pensei que ia morrer... (Topázio). (p.57) (Perez, 2006)</p>	<p>Dor física (Perez, 2006)</p>		

<p>“It was like a normal menstruation. You think it will be like heavy bleeding or something like that, but it was very light and then it stopped... I was worried whether everything would turn out fine, I didn’t know how my body would handle it... but no, it was actually great.”(p.6) (Ramos et al, 2015)</p>	<p>The physical experience (Ramos et al, 2015)</p>	<p>Experiências diante do sangramento</p>	
<p>“When I woke up it was about an hour later. There was a lot blood on the bed. It was like the Vimto drink. I was shocked by the blood. I didn’t know what [my friend] did to me, I didn’t feel anything at first but then it started tu hurt very much in my stomach” (p.155) (Elamin et al., 2017)</p>	<p>Dealing with the complications of Unsafe Abortion (Elamin et al, 2017)</p>		
<p>“I kind of thought that I’d go there, bleed a little and then go back home, having it all done. But I learned that wasn’t the case.”—17-year-old, first time pregnant (p.177) (Ekstrand et al., 2009)</p>	<p>Abortion was worse than imagined (Ekstrand et al., 2009)</p>	<p>O processo pior que o imaginado</p>	
<p>“When I decided to do it, I thought: ’It ’s relatively cheap, you are at home, you can be with some- one, and you are not in a clandestine place. Afterwards, it took so long that I thought that I should have decided otherwise. Because with that other way, you end it in the same day, you leave and that’s it. Begins and finishes the same day, you get checked, but when that shitty moment passes, it ’s over. But this way it keeps going on and you don’t know whether to repeat the pills or not.” (p.8) (Ramos et al., 2015)</p>	<p>The “abortion is over”: assessment of the experience (Ramos et al., 2015)</p>		
Metassíntese 11			
<p style="text-align: center;">Illustration</p> <p>Eles disseram que era uma decisão minha... que eles não iriam me julgar...que só eu sabia o que eu estava passando... Que ele não era nem a favor, nem contra... todos os médicos que eu passei disseram isso. “Não sou contra nem sou a favor. Você sabe o que você está passando, você decide”. (...). (...) de uma certa maneira... ela foi muito legal comigo, ela tipo assim... ela deixou de ser a médica pra ser a humana. (Clarice) (p.106) (Rebouças, 2010)</p>	<p style="text-align: center;">Findings</p> <p>Percepção do atendimento realizado pelos profissionais de saúde (Rebouças, 2010)</p>	<p style="text-align: center;">Categoria</p> <p>Satisfação com a assistência</p>	<p style="text-align: center;">Síntese</p> <p>A assistência profissional no processo de abortamento gera satisfação quando há suporte permeado por orientação,</p>
<p>“O médico foi bastante generoso! Quando eu cheguei, ele percebeu que eu não sabia...! Ele me tratou muito bem, muito bem mesmo, porque ele</p>	<p>Atendimento (Des)Humanizado (Santos,</p>		

percebeu que eu tava muito tensa, muito preocupada e eu falei pra ele o que eu achava o que estava acontecendo [achava que o sangramento era câncer de útero] e aí ele fez até uma brincadeira comigo para mim distrair [...]” (Açucena) (p.56) (Torres, 2013)	2013)		diálogo, relação de confiança, gentileza, paciência, alívio da dor e gera insatisfação quando expectativas não são atendidas.
“He seemed to be pro-choice. He was understanding of my predicament ... he was very supportive, he took me home after he was done (Ferial).”(p.219) (Suffla et al., 1997)	Treatment by abortion provider (Suffla et al., 1997)		
“He made me feel very comfortable, like I sat here and cried my ass off, and he was just like, ‘It’s alright, it’s okay.’... He’s like, you know, ‘It sounds like you got a plan.’ I’m like, you get me.” (Participant (p.32) (Summit et al., 2016)	Connection to Provider (Summit et al., 2016)		
“To feel comforted, to feel guided about what to do next, about where to get the medicine, to have the prescription problem solved, to receive information on the price, all these issues... and not being condemned, looked after... these truly mattered to me.”(p.7) (Ramos et al., 2015)	The experience with the health service (Ramos et al., 2015)		
“Ele ficou falando um bocado de coisa, eu nem lembro. Tudo com a maior ignorância! Me tratando mal... [...] o médico foi super grosso! Eu até discuti com ele e disse que ele era muito ignorante. Aí ele disse que eu ia ficar lá esperando um dia... Ele disse: ‘Agora você vai ficar curtindo sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã [...]” (p.409) (Carneiro et al., 2013)	Recepção, triagem e admissão (Carneiro et al., 2013)	Insatisfação com a assistência	
“[...] acho que os funcionários devem ter mais paciência [...]. Mais cuidado, dar orientações [...]. Tentar diminuir a dor, conversar. [...] uma adolescente não sabe direito o que vai acontecer” (p.24) (Faria et al., 2012)	“Abortamento: experiência e necessidades de cuidado” (Faria et al., 2012)		
“The nurses shout. They are angry, so they shout at the girls. So the girls aren’t happy at the hospital.” (p.479) (Sheehya et al, 2015)	PAC (postabortion care) is available, but often inaccessible (Sheehya et al., 2015)		
“they should explain like you are a little stupidly. more in a simple way. repeat the information several timesy I think this would be better”(p.e722) (Mukkavaara et al., 2012)	To be met with understanding to lack information (Mukkavaara		

	et al., 2012)		
“Nada, ninguém me disse nada! Na verdade [...] eles tratam bem, agora assim, informação, eles negam muito. [...] Eles tratam bem a pessoa, dão medicamento, dá o medicamento na hora certa, mas não dá satisfação nenhuma, nenhuma. Eles fazem o trabalho dele, mas eu não sei nem explicar. É como se a gente fosse uma coisa, um trabalho e não um ser humano que precisa de informação, que precisa saber o que está acontecendo com ele”. (Sara, 27) (p.415) (Carneiro et al., 2013)	Mulheres e sua percepção sobre a assistência: um aparente paradoxo (Carneiro et al., 2013)		
“I had not got such information that it would be like this, the reality was something else for me anyway”(pe722.) (Mukkavaara et al, 2012)	Not understanding what happens not knowing what comes out (Mukkavaara et al, 2012)		
I went to a doctor because I always go to her, whenever I have some problem. (C#5, age 25, matric education) (p.8) (Naveed et al, 2016)	Reasons for provider preference (Naveed et al, 2016)	Importância da confiança no profissional	
I think she is quite old, and, therefore must be experienced too. (C#7, age 22, primary education) (p.9) (Naveed et al, 2016)	Health care providers’ competence (Naveed et al, 2016)		
“That’s good. So that when you see your doctor, your doctor knows what was going on, you can follow up and make sure that you’re okay.” (p.33) (Summit et al, 2016)	Continuity of Care (Summit et al, 2016)		
Metassíntese 12			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
... minha consciência tava muito pesada...eu tava matando um filho meu... que não podia se defender de mim [...] Eu tenho esse peso na consciência, acho que nada melhora, nem eu engravidando de novo... eu não me perdo... sem o meu perdão... minha vida é vazia.... (Topázio). (p.62) (Perez, 2006)	Culpa (Perez, 2006)	Sentimento de culpa com a experiência do aborto	Após o aborto mulheres convivem com culpa, arrependimento, tristeza, sentimentos
(...) acho que ninguém pode decidir se uma outra pessoa pode ou não viver. (Jasmim) (p.27) (Oliveira et al., 2005)	Culpa (Oliveira et al., 2005)		

<p>“I felt like the most, the worst woman in the world ... I got depressed again ... I cried and thought of the baby in my hands ... I felt really bad and I started taking [sleeping] pills again. And I took them every day, every single day. It was difficult for me to forget what I’d done. (Female IDI, Peru)”(p.121) (Shellenberg et al., 2011)</p>	<p>Feelings of guilt (Shellenberg et al., 2011)</p>	<p>ambíguos e receio da estigmatização.</p>	
<p>Marelize: “ Um...there was guilt definitely, but at the same time I was also already on a different level spiritually, so you know, I accepted that these things happen by agreement, it was more...um...forgiving myself for being so...so weak. I did not want this, I felt pressurized, manipulated and not supported. Men were making a decision about my life. I was so weak; I was 20 at the time. The gynaecologist also encouraged us; he saw there was obviously a problem between us. I just felt ja, I just gave up, you know. I felt swept away by the whole process and this led to the ultimate break up of our marriage in the end. I resented him for making me go against my natural instinct to be a mother that was all I wanted, I feel so guilty about that still”. (p.50) (Walters, 2009)</p>	<p>Guilt (Walters, 2009)</p>		
<p>(...) desde o início, quando eu pensei em fazer um aborto, conversava muito com Deus, pedia que ele me perdoasse, que ele tivesse misericórdia de mim... poupasse a minha vida... porque eu tinha medo de morrer. E eu várias vezes... pedia a Deus que ele me desse uma nova chance... que eu tinha meus projetos e eu não queria que isso viesse de uma maneira a atrapalhar e não queria ver meu filho sofrer. (Clarice) (p.86) (Rebouças, 2010)</p>	<p>Sentimento de culpa / dívida com os valores morais e religiosos (Rebouças, 2010)</p>		
<p>Não, no começo, eu, no começo, tinha culpa por causa da educação católica que eu tinha recebido. (Andreia) (p.105) (Grechinski, 2014)</p>	<p>O processo reflexivo (Grechinski, 2014)</p>		
<p>“I have killed a life, a person that cannot live because of my decision and I will never ever forget ...”(p.e723.) (Mukkavaara et al, 2012)</p>	<p>Not being able to forget Being filled with grief (Mukkavaara et al, 2012)</p>		
<p>“Me arrependi assim, ele demorou muito pra morrer, ficou naquele negócio penando dentro da minha barriga ...” (Alexandrita). (p.63) (Perez, 2006)</p>	<p>Arrependimento (Perez, 2006)</p>		<p>Sentimento e arrependimento com a</p>
<p>“Uma coisa muito ruim, péssima, que eu acho que eu não deveria ter feito”.</p>	<p>O significado do aborto</p>		

(Arrependimento) (p.304) (Fonseca e Santos, 2009)	para as mulheres que o vivenciam (Fonseca e Santos, 2009)	experiência do aborto
[...] quando eu fui tomar banho, desceu. Hoje de manhã foi que eu expeli [o feto]. Aí, sim, que você vê, a primeira coisa que vem na sua cabeça é: ‘matei meu filho!’. [Pausa] Foi aí que eu... [Pausa. Choro.]. [...] Mas o impacto foi maior porque já tinha o formato, assim, parecia um girininho. Aí, assim, o impacto visual é forte! (Gaivota) (p.117) (Santos, 2013)	Externando as emoções vivenciadas no processo de concretização da prática abortiva (Santos, 2013)	Sensação de ser criminosa por ter feito o aborto.
...Foi um assassinato, eu interrompi um ciclo da vida [...]. Eu ainda me sinto assassina, é horrível, é pior do que chegar em uma pessoa que me fez algum mal, ir lá e matar, porque pelo menos ela me fez alguma coisa, agora a criança não me fez nada, e ela é meu filho, é meu sangue... (Topázio). (p.50) (Perez, 2006)	Crime diante da lei (Perez, 2006)	
Para mim vai ser sempre um crime aos olhos de Deus e do homem! Um pecado! (E9) (p.3) (Santos, Brito, 2016)	Sentimentos vivenciados na prática abortiva	
...é um crime, porque é errado, errado porque era uma vida, porque quem tem direito de tirar uma vida de uma pessoa é Deus, ele vai e tira! Isso vai ficar registrado lá em cima, no céu! Quando eu morrer, eu vou ser julgada de alguma maneira... (Safira). (p.51) (Perez, 2006)	Crime diante de Deus (Perez, 2006)	
Foi um alívio, mas me senti meio vazia também, assim. Não sei... (p.109) (Ribeiro, 2014)	Sensações e emoções após o aborto. (Ribeiro, 2014)	Aborto como gerador de sentimentos ambíguos permeados por alívio.
“The first fear, maybe the strongest one, is that of guilt. It is this idea of killing a life, let’s say, this thing that results from a Christian upbringing, which actually I didn’t have. But also, I had a feeling of relief, of being able to do it. You can never say that it is a joy, it cannot be said that you are happy when doing what you have to do, but there is this idea that I wanted this, that I wanted to do it.”(p.7) (Ramos et al, 2015)	The emotional experience (Ramos et al., 2015)	
... depois da curetagem senti alívio por não tá mais sentindo nada... (Âmbar). (p.67) (Perez, 2006)	Alívio (Perez, 2006)	
“I felt relieved because I could just get on with my life and not be burdened with the responsibility of having this child because I wasn’t ready for it	Post-abortion psychological responses	

”(p.220) (Suffla et al, 1997)	(Suffla et al., 1997)	
“Immediately afterward, when I woke up, I felt that I could start anew, rebuild my life again.... I certainly don’t regret it, and I know for sure that this was the best for me.”—19-year-old, first time pregnant (p.177) (Ekstrand et al., 2009)	Relief or regret—abortion as a life-changing event (Ekstrand et al., 2009)	
One young woman described her feelings: “I shouldn’t worry no more. It’s almost over.” (p.428) (Andrews and Boyle, 2003)	Resolution of the Crisis (Andrews and Boyle, 2003)	
“Nada. A minha intenção era só que ele saísse. Remorso nenhum.” (Vesta) (p.75) (Milanez, 2014)	O aborto como fonte de revelações de sentimentos (Milanez, 2014)	
“Mas eu nunca me arrependi. Nunca me arrependi de ter feito, sempre foi uma decisão muito certa.” (Bastet) (p.115) (Gonzaga, 2016)	A polifonia do discurso: As informantes avaliam suas experiências (Gonzaga, 2016)	
Abortion is stigmatized and if you have it you are burdened down by the guilt and the shame, that is what I see with the people who belong to this club, it’s the guilt and the shame. I should be able to say to you now that you can use my name and not change it and that I want to stand on a podium and speak to hundreds of women about it and say don’t be ashamed it’s a part of your life story and you did not kill anyone, but I can’t”. (p.54) (Walters, 2009)	Secrecy (Walters, 2009)	Necessidade de sigilo sobre o aborto por receio da estigmatização.
“It is my secret. I have never told anyone about this matter. I would not want anyone else to know”,70 voices Bi Flora, the divorcee living in the peri-urban whose words echo the voices of other women participants. (p.116) (Ndunyu, 2013)	Abortion Stigma and Secrecy (Ndunyu, 2013)	
“If a woman opts for abortion, people try to avoid her because they believe she is possessed and that can affect children and other women. They do not visit that woman’s home for sometime. They do not even want to pass by her house and they consider that they will get weak or sick if they talk about that woman. (Female FGD, Pakistan)” (p.S118) (Shellenberg et al,	The presence of stigma (Shellenberg et al, 2011)	

2011)	
Our society does not support abortion and if they see anybody that did it, they would look at that person as a prostitute, that the person is not responsible. [FGD F, married] (p.62) (Omideyi et al., 2011)	Perception of abortion (Omideyi et al., 2011)
“I did not want my husband or family to know [about the abortion] because of the rejection, but I feel I did the correct thing, the best for my family.”(p.S119) (Shellenberg et al, 2011)	Abortion as unacceptable but necessary (Shellenberg et al., 2011)
Donna reported: I can’t believe that any woman does it lightly. Of course people would think about it. I also think it is something you live with forever. I don’t think you ever finish with it. Just like any kind of death really, it is always there and I think it cycles through your experiences. (p.686) (Trybulski, 2006)	Subconscious thoughts intrude (Trybulski, 2006)
Nine years postabortion at the interview, Julia said, “I was getting to the point of hating myself. I hated I was in a de-pression. I knew that I was depressed. So I went to a doc-tor and told the doctor what was going on. I didn’t tell him that this was my second. I just told him I had an abortion and I was having trouble dealing with it. I needed some-thing to help me get out of this. So that’s when he pre-scribed [an anti-depressant].” (p.196) (Hess, 2004)	Seeking Help (Hess, 2004)
“I know if I had an abortion I wouldn’t tell Tom, Dick, and Harry. I might not even tell my closest friend. You know, like, you just don’t know [how other people feel about abortion]. (Female FGD, US)”(p.120) (Shellenberg et al, 2011)	Shame and secretiveness (Shellenberg et al., 2011)
“He was not my husband at that time. Although we had been married, we had separated at the time, so it was not something which could be allowed and my parents are very harsh. OK it was a bit shameful to me because where could I have gotten it (read pregnancy) from at that time (laughter). What I feared was actually the shame, being accepted by the community..... the fact that I was going to be ousted out of that community to me was kind of to be a very bad experience. So it had to (go).” [Nurse Zainab: 1 safe abortion; separated; 1 child; tertiary education; Mombasa	Abortion amongst the divorcees (Ndunyu, 2013)

City] (p.101) (Ndunyu, 2013)			
Foi muito triste ter provocado o aborto, não gosto muito de ficar lembrando... eu não queria fazer isso... é triste, aqui quando todo mundo vai dormir, eu fico aqui pensando e chorando... (Diamante). (p.62) (Perez, 2006)	Tristeza (Perez, 2006)	Sentimento de tristeza após o aborto	
Metassíntese 13			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“Me amadureceu, né. Então, por exemplo, depois disso, toda vez que eu transava eu tinha consciência que não podia estar brincando. Não podia correr mais esse risco. Não me coloquei mais em risco”. (p.110) (Ribeiro, 2014)	Pós-aborto, mudanças na contracepção e na forma de se relacionar. (Ribeiro, 2014)	Adoção de medidas anticoncepcionais mais seguras	A experiência de abortar causou consequências para o planejamento reprodutivo.
“Agora eu estou com um DIU. Coloquei depois de tudo,; me deixa mais tranqüila. Mas, eu ainda opero, ligo minhas trompas”. (Ônix) (p.77) (Pontes, 2006)	A (Des)assistência no planejamento familiar (Pontes, 2006)		
“[...] daí eu comecei a ter uma outra relação com camisinha e com dar mole, né? Aí eu comecei a tomar anticoncepcional, mais tarde eu coloquei DIU. Aí eu fui começando a criar mais responsabilidade assim e depois disso sempre fui muito noiada com engravidar.” (Bastet) (p.89) (Gonzaga, 2016)	Contracepção pré e pós-experiência de abortamento (Gonzaga, 2016)		
“In our community here, the one that is best accepted is condoms because a lot of people are scared of this family planning what ever because they said it has side effects”. [FGD F, married] (p.59) (Omideyi et al., 2011)	Pregnancy, induced abortion, and contraception experience of women (Omideyi et al., 2011)		
Eu acho que agora eu vou ter um pouco e receio de engravidar de novo [...] Hoje, fica muito difícil de falar se eu vou querer de novo. É uma interrogação ainda. Só Deus[...] (choro) (Fé) (p.305) (Fonseca e Santos, 2009)	Pensamento reprodutivo futuro (Fonseca e Santos, 2009)	Receio de nova gravidez	
Metassíntese 14			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
“É como eu tinha te contado anteriormente, eu fiz parte de movimentação	Opinião sobre aborto	Influência da	A experiência do

<p>política pela descriminalização, enfim, tenho envolvimento na causa, luto por ela, não mais como militante, mas penso nisso na hora que vou votar, acompanho debate, o que está acontecendo, o tal do estatuto do nasciturno, essas histórias e tudo mais.” (Rose) (p.185) (Carvalho, 2015)</p>	<p>(Carvalho, 2015)</p>	<p>militância favorável à descriminalização do aborto auxiliou no processo decisório.</p>	<p>aborto pode mudar o posicionamento político sobre a temática, desde que ocorra em condições seguras e se a mulher vivencia a militância pró-aborto “revigora” sua luta.</p>
<p>“Mudou no sentido de eu querer, e achar muito importante falar sobre isso, sempre, assim. Militar talvez de alguma forma sobre isso [...] Não sei, me dá muita raiva o fato de não ser legalizado. Isso me afeta de uma forma muito mais visceral assim, sabe?” (p.114) (Ribeiro, 2014)</p>	<p>Reflexão e mudanças na percepção sobre o aborto: a consciência a partir da experiência. (Ribeiro, 2014)</p>		
<p>“Abortion is a criminal offense and when caught you can be imprisoned. But if it is done in a health facility by someone who has been trained, then it is okay”. (May, 24 years) (p.8) (Oduro and Otsin, 2014)</p> <p>“O aborto é uma ofensa criminal e, quando apanhado, você pode ser preso. Mas se isso é feito em uma unidade de saúde por alguém que tenha sido treinado, então está tudo bem ”. (Maio, 24 anos) (p.8) (Oduro e Otsin, 2014)</p>	<p>Abortion Law and the Abortion Decision: It’s Just My Body That Is Involved (Oduro and Otsin, 2014)</p>	<p>As mulheres admitem a prática do aborto se em condições seguras.</p>	
<p>“I think a lot of girls are scared of what people might think of them having a termination. But to have them be, like, ‘Yeah, it’s totally fine, it’s okay. Lots of people go through this, and it’s all alright’ is really important.” (p.152) (Kirkman et al, 2010)</p> <p>"Eu acho que muitas garotas têm medo do que as pessoas acham que terão um término. Mas para que eles sejam, tipo, "Sim, está tudo bem, tudo bem. Muitas pessoas passam por isso e tudo está bem "é realmente importante" (p.152) (Kirkman et al, 2010).</p>	<p>Women’s perceptions of the social context of abortion (Kirkman et al., 2010)</p>		
<p>“[My abortion experience] has probably made me more of an activist long term. I’m very interested in women having the right to choose. I don’t want women to lose the right or that choice of termination if that’s their decision.” (p.196) (Hess, 2004)</p> <p>“[Minha experiência com o aborto] provavelmente me tornou mais ativista</p>	<p>Recognizing Its Worth (Hess, 2004)</p>		

a longo prazo. Estou muito interessada em mulheres que têm o direito de escolher. Eu não quero que as mulheres percam o direito ou a escolha da rescisão se essa for a decisão delas. "(P.196) (Hess, 2004)			
Eu era totalmente contra. Extremamente contra o aborto... mas eu era uma pessoa assim, que eu era contra muita coisa... muita coisa mesmo... e eu me vi no meu contra... eu me vi fazendo. Mas eu posso dizer, assim, que hoje eu não sou contra o aborto... eu não sou porque eu... eu tiro por mim, eu não sei a necessidade de tais pessoas (...) (Clarice) (p.115) (Rebouças, 2010)	Significados do aborto após a experiência (Rebouças, 2010)	Mudança de opinião após experiência pessoal de abortamento induzido	
Metassíntese 15			
Illustration	Findings	Categoria	Síntese
Eu penso em ter mais filhos. [...] Agora minha mãe não tira porque eu sou maior de idade (D3). (p.4) (Domingos et al., 2013)	Autonomia na vida reprodutiva (Domingos et al., 2013)	Autonomia na decisão após conquista da maioria	Há perspectiva de nova gravidez após conquista da maioria e concretização de projetos profissionais.
Quanto aos meus projetos futuros, penso, sim, em ter um filho, lógico, só que com mais paciência, uma estabilidade com alguém. (...). Pretendo fazer uma faculdade, eu comecei uma e abandonei. Então, estou tentando fazer outros cursos agora em 2010, se Deus quiser, e refazer outros concursos, sabe, fazer uma coisa mais light (risos). (p.112) (Rebouças, 2010)	Projetos Futuros (Rebouças, 2010)	Nova gravidez após concretização de projetos profissionais	
“[...] quero dar um tempo, quero voltar estudar, arrumar um emprego, melhorar minha vida. No futuro, quero engravidar de novo, mas agora não [...]”(p.24) (Faria et al., 2012)	“O futuro: estudar e planejar uma nova gravidez” (Faria et al., 2012)		

Os quinze resultados sintetizados mostram as experiências vivenciadas pelas 892 mulheres que participaram dos estudos primários incluídos nesta revisão. As metassínteses, constituídas por síntese dos achados e respectivas categorias, expressam as evidências qualitativas da experiência de mulheres submetidas a aborto induzido por gravidez não planejada.

A metassíntese 1, " A descoberta da gravidez não planejada gera conflitos e indefinições na experiência das mulheres que abortam ", é composta pela categoria: "Reações diante da descoberta da gravidez não planejada". O momento em que a mulher desconfia que está grávida pode desencadear reações e o itinerário para decisão e concretização do aborto. Isso pode ser constatado na fala de uma participante, extraída para representar a experiência: *“Eu vi, minha menstruação atrasou, aí procurei o enfermeiro do posto, né?, ele falou pra mim: faz um teste, deu positivo. Aí, a moça falou assim: Me dá seu cartão e marcou pré-natal. Eu já fiquei desesperada, e falei: Ai, Meu Deus do céu - e já tinha terminado, já tinha terminado de novo com ele- o que vou fazer?!!!”* (p.66) (Chumpitaz, 2003).

A confirmação da gravidez por meio de exames leva a mulher a tomar decisões: *“[...] eu fui fazer um exame de farmácia [...] daí deu positivo. Depois, eu fui fazer o exame de sangue e também deu positivo. Aí, eu fui fazer a ultra que deu que eu tava com quatro semanas. E, daí, eu pensei, repensei e decidi induzir o aborto. [...] Só que antes de fazer fui tirar uma outra ultra pra saber como é que tava e já tava com seis semanas, aí fiz.”*(p.1300) (Santos et al., 2014).

As manifestações da gravidez no organismo da mulher comparadas à experiência anterior também contribuem para a descoberta da gravidez como aponta uma participante: *“[...] apareceu muito enjojo e meus peitos tavam doendo. Aí eu já descobri logo [a gravidez]. Porque meu primeiro menino foi assim também. Da minha menina... Tudinho foi assim. Antes de fazer o teste [de gravidez], eu sabia já [...] eu já tinha aquela certeza dentro de mim, só que eu não queria aceitar.* (Andorinha) (p.59) (Santos, 2013)

A metassíntese 2, "Pouca informação sobre reprodução, contracepção e responsabilização da mulher participa para ocorrência da gravidez", é composta por duas categorias: " Pouca informação sobre reprodução e contracepção" e "Responsabilização da mulher pela contracepção".

A contracepção é efetiva quando usuárias e parceiros têm informação sobre sua ação no organismo e compartilham responsabilidades. Todavia, o uso irregular do método contraceptivo hormonal por uma participante expressa a pouca informação da mulher e a

consequente ocorrência da gravidez não planejada: “I was using pills but would skip doses, so got pregnant. I didn’t have much knowledge that pills had to be taken daily and so regularly”. (p.6) (Naveed et al., 2016).

A responsabilização da mulher pela contracepção, cedendo à resistência do parceiro sem o necessário diálogo, é apontada por uma participante de estudo: *“Na maioria das vezes eu tive namorados que tinham resistência a usar preservativo e eu tinha resistência em usar anticoncepcional porque me deixava muito desequilibrada, emocionalmente. Eu tentei algumas vezes [...]. Mas eu sempre preferi usar só a camisinha. E aí como é uma coisa que perde a sensibilidade pro cara, muitos caras não gostam. Aí eu já corri alguns riscos”*. (p.64) (Ribeiro, 2014).

A metassíntese 3, " Autodeterminação das mulheres e apoio de parceiros, amigos, familiares participaram do processo decisório pelo aborto ", é composta por quatro categorias: “Apoio do parceiro à decisão da mulher pelo aborto”, “Ausência de suporte do parceiro”, “Apoio de amigas no processo de tomada de decisão e realização do aborto” e “Autodeterminação da mulher pelo aborto”.

A participação ativa do parceiro no processo decisório e na obtenção dos meios para realização do aborto representa apoio e agilização do processo, conforme expressa uma participante: *“De imediato, ele conseguiu o remédio e já trouxe, ele não demorou, tipo assim, eu falei com ele hoje e amanhã ele já trouxe, ele conseguiu rápido”*. (p.169) (Carvalho, 2015).

Todavia, o afastamento do parceiro também está entre os aspectos que compõem a categoria em foco, o que afeta as mulheres, sendo destacado em um dos artigos que o parceiro, mesmo quando requisitado pela mulher para apoiá-la, não se envolve: *“I don’t think he quite understood...how difficult I found the situation. For instance, he didn’t show up at the hospital at the time for abortion. When I called him later on the same day, he was just like, ‘Oops, was it that early...?’ If he’d been there, I’m sure he’d have better understood what I was going through!”*(p.176) (Ekstrand et al., 2009).

Família e amigos/as compreendem outro conjunto de pessoas envolvidas e que podem apoiar a mulher. Observa-se na fala dessa participante em um dos artigos analisados: *“Eu conversei com a irmã dele, com minhas colegas eu falava. Elas davam apoio, falavam para que eu fosse tirar, assim: A Mariana (filha) tá muito pequena e você ainda na casa dos outros... Inclusive tinha uma menina que morava também junto sozinha na casa da mãe dele*

que me ensinou usar o remédio, fiz direito do jeito que ela falou, aí saiu” (p.70) (Chumpitaz, 2003).

O apoio do parceiro, família e amigas/os é um elemento importante, porém a decisão final pode ser autodeterminada pelas mulheres, em algumas situações: *“Contei (da gravidez), ficou muito feliz, contou pra todo mundo, mas eu não queria. Aí chorou, pediu pá eu não tirar.... mas também não contei que tirei não, falei que perdi.” (Entrevistada 07, 30 anos, convivente - 29 anos na época do aborto, namorada do parceiro atual, um filho, empregada doméstica, justificou o aborto pela incerteza do futuro do relacionamento.) (p.102) (Chumpitaz, 2003).*

A metassíntese 4, "Dificuldades financeiras, não visualizar alternativa, a necessidade de limitar a prole, gerar intervalo entre gestações, militância e pressão/ rejeição da família e/ou do parceiro influenciaram a decisão de abortar", é composta por nove categorias: "Dificuldades financeiras como razão para o aborto", "Limitação da prole por dificuldades financeiras e melhor organização familiar", "Pequeno intervalo entre gestações", "Ser jovem e não estar preparada para a maternidade", "Decisão pelo aborto para não interromper projetos de vida", "Não ter filho na ausência de um pai", "Sofrer pressão e rejeição do parceiro/membro da família para abortar", "Aborto como única alternativa" e "Influência da militância no processo decisório pelo aborto".

As dificuldades financeiras, independentemente do possível apoio do parceiro, apresentam-se como um dos fatores envolvidos na decisão pelo aborto. Isso pode ser verificado na fala de uma participante: *“You need financial preparation, and I certainly couldn't afford to have a baby with my wages. Even if my boyfriend supported me, we still wouldn't have managed” (p.217) (Suffla et al., 1997).*

Ao lado das dificuldades financeiras, o número de filhos/as é mais um fator decisório da realização do aborto. Caroline, que já tem três crianças diz: *There's just not room. Like we both work full time. I have morning shift, he has afternoon shift. And financially we, like, couldn't change cars and move and all the things that it takes for a fourth. Not only financially but emotionally. ..There's always enough love, but sometimes it's not enough. So I had to put my family's future first. (p.153) (Kirkman et al., 2010).*

O intervalo reduzido entre gravidezes também é um fator para decidir pelo aborto, conforme apontado por uma mulher: *Não tem condições, não! Minha filha tem três meses só! Não tem condições nenhuma de ter outro agora (p.92) (Rebouças, 2010).*

A mulher decide pelo aborto por considerar-se muito jovem para assumir responsabilidades sobre uma criança: ... *porque eu sou muito jovem... não me acho capacitada ainda de ter uma criança... de criar...* (Safira). (p.54) (Perez, 2006).

A possibilidade de interromper planos futuros também contribui para a decisão pelo aborto: *“There’s no way I can have this child and I’m not interested in having, you know, a child. I want to go to college and there are things I want to do and a child does not fit into that pattern.”* (p.195) (Hess, 2004).

A decisão pelo aborto também pode ocorrer pela ausência de um parceiro fixo, o que coloca a mulher na situação de não querer criar a criança sem o pai, como se constata na fala a seguir: *“...there is nothing like unwanted pregnancy. Every pregnancy is wanted but sometimes you do not accept it because of some problems, for example, with us who have no husbands.”* [Bi Neema: separated; 8 children; 1 unsafe abortion; complete secondary education; Kilifi Rural] (p.96) (Ndunyu, 2013).

A mulher também decide pelo aborto por ser pressionada pelo parceiro e por familiares, inclusive sob ameaças, conforme se lê a seguir em um dos artigos analisados: *“Ele... Começou a me pressionar pra fazer, pra abortar, e... Falou que se eu não fizesse ele ia desaparecer. Meu pai me ameaçava expulsar de casa* (p.84) (Ribeiro, 2014).

Outro aspecto associado à decisão pelo aborto é a avaliação da mulher de não ter outra alternativa para a situação. Uma participante fala: *Olha, não sei se eu estava bem decidida. Eu sei que eu me lembro que eu nunca me questioneei, assim. Eu achava que não tinha outro caminho. Então mesmo que eu tivesse dúvidas, que eu ficasse balançada sobre ir ou não, eu não tive escolha* (p.82) (Ribeiro, 2014).

A influência da militância também colabora no processo de decisão, como afirma uma participante: *Se eu não fosse feminista [...] desde cedo, com certeza eu talvez tivesse titubeado muito pra tomar minhas decisões, me sentido culpada, vir carregando isso o tempo inteiro, fazer um muro de lamentações e deprimir. O feminismo marcou e marca a minha vida assim inteiramente, principalmente na questão de liberdade, da minha liberdade em tudo, nas minhas relações, no meu modo de ver o mundo* (p.1149) (Carvalho, 2015).

A Metassíntese 5, "A decisão de abortar foi tomada apesar do recebimento de conselhos de ordem religiosa contrários a esta prática", é composta por uma categoria: "Conselhos de natureza religiosa".

A formação religiosa pessoal e os conselhos advindos dessa base não dissuadiram a mulher, e o aborto aconteceu: *“From my religious perspective, it's not allowed. On that basis,*

my family and my community is vehemently opposed to it. But I feel differently. It's my body and it is my right to make decisions about it. I really feel strongly about that."(p.216) (Suffla et al., 1997).

A metassíntese 6, "No processo de aborto as mulheres experimentam o medo da morte que resultam em sofrimento, acompanhados da necessidade de sigilo pela clandestinidade", é composta por seis categorias: "Clandestinidade do aborto gera medo", "Medo de morrer durante o processo de abortamento", "Sofrimento durante o processo de abortamento", "Experiência difícil durante todo o itinerário", "Lidar com a experiência do aborto" e "Sentimento de solidão e abandono".

O sentimento de medo associado à situação da clandestinidade está presente nas situações em que o país apresenta leis restritivas, mas não impede mulheres de adquirir os meios para abortar. Uma mulher afirma "*Mas o ruim é que é tudo muito escondido, você não consegue, e aí as pessoas que te vendem podem te vender a coisa errada, não tem como se resguardar [...] Eu senti medo na hora de comprar... Cheguei lá no metrô tinha polícia lá na frente, então não sei, eles podiam ver... Foi muito tenso*". (p.97) (Ribeiro, 2014).

O medo da morte está presente no processo de abortamento, especialmente nas situações de clandestinidade, como declara uma participante: "*... eu pensei em morrer, que eu ia morrer, pensei em deixar meus filhos, eu realmente acreditava que eu ia morrer, mas também pelo outro lado eu acreditava que eu tinha que fazer isso... fiquei o tempo todo com medo de morrer...*". (p.65) (Perez, 2006).

Há mulheres que sofrem após o aborto, mesmo que o procedimento não tenha tido intercorrências nem complicações, conforme vivenciado por uma participante: "*Então assim, do ponto de vista físico foi muito tranquilo, mas do ponto de vista emocional a experiência foi devastadora..., eu fiquei muito mal...muito mal durante muito tempo*" (p.79) (Rebouças, 2010).

O aborto desencadeia reflexões por parte de mulheres que consideram a experiência difícil e se preocupam em saber que outras passam por isso: "*Não, eu penso um pouco assim né, mas assim eu penso mais que foi muito difícil pra mim. Então penso muito em outras pessoas que passam por isso, né. Fico pensando, por que outras pessoas precisam passar por isso? Poderia ser bem mais fácil, bem mais tranquilo [...] Mas a minha coisa pessoal mesmo passou, eu não penso muito, sabe?*" (p.111) (Ribeiro, 2014).

A sensação de mal-estar associada à lembrança do procedimento sensibiliza mulheres e afeta sua vida, conforme se lê a seguir: "*I saw the machine they used. I was wide- awake. I*

remember seeing them suck the baby out of me, like all the blood and everything. It was right next to me so I could see it. I just thought, how terrible, not only am I young, and I felt bad about doing it. You know, I saw my baby die.” (p.195) (Hess, 2004).

No processo decisório e na realização do procedimento, a mulher pode passar pela situação de sentir-se sozinha e abandonada, o que desencadeia outros sentimentos. Assim, uma participante afirma: *“... eu estava sozinha, não tinha ninguém comigo e ninguém sabe que eu fiz o aborto, só eu mesmo! É ruim, sem apoio... Uma pessoa do meu lado para dar apoio porque aí eu não ia me sentir tão sozinha... Porque eu tenho medo, sofro muito por me sentir sozinha. Às vezes eu me sinto abandonada! [silêncio]”*. (p.68) (Perez, 2006).

A metassíntese 7, "Há dificuldades no processo de busca pelo aborto que são amenizadas por envolvimento de amigos e profissionais", é composta por três categorias: "Indicação de local para abortar feito por amiga", "Dificuldades para encontrar um serviço de aborto" e "Encaminhamento feito por profissional de saúde".

A indicação e as orientações de amigas, para realizar o procedimento, estão presentes em países com leis restritivas ao aborto, o que não evita os riscos da clandestinidade: Uma participante afirma: *“Finding someone to do it wasn't a problem. One of my friends knew someone whose girlfriend had an abortion. He obtained the contact details ... all I had to do was make the phone call. It was strange ... I had to speak in coded language when called this woman, and she in turn spoke in codes. She indicated that she would perform the procedure at my house for security reasons. It would be safer to do it that way”*(p.218) (Suffla et al., 1997).

Uma mulher relata: *“Yes, you do have to search for them and ask many people. It's quite difficult to find out who provides the service and who doesn't. They don't do it openly as they fear bringing a bad name to them”*. (p.9) (Naveed et al., 2016).

Mesmo nas situações de clandestinidade, profissionais de saúde de confiança da mulher indicam outros que podem realizar o procedimento, conforme lê-se: *“(...) eu fui ligando pro meu gineco e marquei uma consulta, ele disse: Carol, pode procurar essa colega, e me deu o nome de outra pessoa, uma médica, e eu fui no endereço, liguei e fui, era uma consultório normal também. (...) o meu aborto foi um aborto privilegiado eu diria, com médico especialista no assunto que me deu o principal suporte”*. (p.100) (Grechinski, 2014).

A metassíntese 8, "Ambiente para a realização do aborto define diferentes experiências dependendo da legalidade do procedimento", é composta por duas categorias: "Importância do local e instrumentos ameniza o processo" e "Atendimento em clínica clandestina".

Um ambiente que apresenta aspecto higiênico e privado tranquiliza a mulher como espaço de realização do aborto, conforme se lê: *“Here it was more private and calm. Nobody knows what you’re doing. Ain’t nobody with no picket signs in front of the building.”* (p. 33) (Summit et al., 2016).

A situação de clandestinidade expõe mulheres a ambientes inseguros com assistência precária. Uma participante afirma: *“Bom, eu não recebi assistência de saúde nenhuma, é difícil... eu não recebi assistência de saúde porque eu fiz numa dessas clínicas clandestinas, a clínica tem nome, mas é praticamente clandestina, o único remédio que eu recebi foi Tylenol pra tomar caso dor. Não me foi explicado nada(...). Eu quando acabei de fazer o abortamento, eu fiquei desmaiada; todo mundo, tinha mais ou menos na sala umas 25 mulheres, tudo pra fazer... aí deram, te dão uma droga que você desmaia, não vê nada, eles vão e faz o que tem que fazer e você não sabe se o médico que está cuidando de você é um profissional, não sabe como foi feito... é uma loucura. Você se joga na mão de uma pessoa estranha, ela te dá uma injeção e pode fazer o que quiser com você. E depois, e outra: você não tem o direito de reclamar. É muito arriscado, você depois pode querer ter um filho e não poder, é muito arriscado... É muito arriscado, você não tem como reclamar, se você passa mal, se você tem alguma coisa você não tem como reclamar”.* (p.68) (Pontes, 2006).

A metassíntese 9, "O acesso aos diferentes meios abortivos viabiliza a realização do aborto por meios seguros ou sob os riscos da clandestinidade em meio ao desconhecimento das mulheres sobre os procedimentos e as manifestações clínicas", é composta por quatro categorias: "Ingestão de chás abortivos", "Ingestão de medicamentos abortivos" e "Inserir instrumentos abortivos na vagina" e "Curetagem uterina".

Ao descobrir a gravidez, o uso de chás abortivos é uma opção utilizada como método popular e efetivo, conforme se lê a seguir: *“[...] minha menstruação atrasou, eu não tava nem com 2 meses quando eu tomei o chá, são várias misturas. Comprei e fiz em casa, as meninas me ensinaram, e o pessoal que vende folha em barraca, me ensinou a fazer também chá de espinho cheiroso [...]”*(p.734) (Souza et al., 2010).

O uso de medicamento viabiliza o aborto no espaço doméstico com apoio de amigas/os. Uma participante afirma: *“It seems less risky to me. Yes, it seems safer, and less.... I don’t know, I feel that maybe [surgical abortion] is too much of an intervention into your body. I used the pills instead, I did it at home, with the people I love, and maybe it is less hard than the curette.”*(p.3) (Ramos et al., 2015).

A inserção de objetos no útero por amigas, sob os riscos do procedimento, também viabilizou o aborto mantido sob sigilo e uma participante relata: *I got pregnant a second time. I couldn't tell my mother again... my friends told me they would bring it down for me. So they did. They put me on a bed and opened my legs. They inserted a metal wire and started scrapping inside me themselves... my mother doesn't know about this. I don't want her to know.*” (p.154) (Elamin et al., 2017).

A curetagem uterina, quando no serviço de saúde, ocorreu para uma mulher sem o devido esclarecimento sobre o procedimento, mesmo na presença de profissionais. Assim relata: *“Olhe, é assim: quando eu fui entrando lá na sala, eu vi uma menina lá aberta, um negócio vermelho pro lado de fora... Eu achei que fosse o útero. Mas como eu já estava meio vacilando, eu já estava até sentindo febre, então eu creio que foi coisa da minha cabeça. [...] depois eu perguntei a enfermeira e ela disse que achava que era mais ou menos isso. Então eu acredito que bota o útero para o lado de fora e faz uma raspagem pra depois queimar”.* (Priscila, 27) (p.411) (Carneiro et al., 2013).

A metassíntese 10, "Diferentes sinais e sintomas são vivenciadas sob desconhecimento em relação ao processo do aborto", é composta por três categorias: “Diferentes sinais e sintomas vivenciados simultaneamente”, “Experiências diante do sangramento” e “O processo pior que o imaginado”.

O desconhecimento sobre os sintomas consequentes ao procedimento desencadeia desespero. Um mulher fala a respeito: *“... entrei em desespero...a dor era tão forte, tão intensa... uma dor muito horrível que eu pensei que ia morrer...”.* (p.57) (Perez, 2006).

As experiências relacionadas com o sangramento podem variar numa comparação com o volume menstrual ou como hemorragia, indicando possível complicação do procedimento: *“It was like a normal menstruation. You think it will be like heavy bleeding or something like that, but it was very light and then it stopped... I was worried whether everything would turn out fine, I didn't know how my body would handle it... but no, it was actually great.”*(p.6) (Ramos et al, 2015). Já outra relata: *“When I woke up it was about an hour later. There was a lot blood on the bed. It was like the Vimto drink. I was shocked by the blood. I didn't know what [my friend] did to me, I didn't feel anything at first but then it started tu hurt very much in my stomach”* (p.155) (Elamin et al., 2017).

Tentativas de dar praticidade ao procedimento, com realização do aborto em domicílio não garante agilizar resultados e, não atendendo à expectativa da mulher, a faz conviver mais tempo com o desconforto do processo. A mulher fala: *“When I decided to do it, I thought: 'It*

's relatively cheap, you are at home, you can be with some- one, and you are not in a clandestine place. Afterwards, it took so long that I thought that I should have decided otherwise. Because with that other way, you end it in the same day, you leave and that's it. Begins and finishes the same day, you get checked, but when that shitty moment passes, it 's over. But this way it keeps going on and you don't know whether to repeat the pills or not" (p.8) (Ramos et al., 2015).

A metassíntese 11, "A assistência profissional no processo de abortamento gera satisfação quando há suporte permeado por orientação, diálogo, relação de confiança, gentileza, paciência, alívio da dor e gera insatisfação quando expectativas não são atendidas", é composta por três categorias: "Satisfação com a assistência", "Insatisfação com a assistência", e "Importância da confiança no profissional".

A avaliação da assistência pela mulher é satisfatória quando o/a profissional dá atenção, não a julga e a acolhe, conforme lê-se em situação de legalidade: *"He made me feel very comfortable, like I sat here and cried my ass off, and he was just like, 'It's alright, it's okay.'... He's like, you know, 'It sounds like you got a plan.' I'm like, you get me."* (Participant (p.32) (Summit et al., 2016).

A insatisfação com a assistência está associada à violência institucional, com descaso, desrespeito e retardo para atender às demandas da mulher, inclusive para alívio da dor. A participante fala: *"Ele ficou falando um bocadinho de coisa, eu nem lembro. Tudo com a maior ignorância! Me tratando mal... [...] o médico foi super grosso! Eu até discuti com ele e disse que ele era muito ignorante. Aí ele disse que eu ia ficar lá esperando um dia... Ele disse: 'Agora você vai ficar curtindo sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã [...]"* (p.409) (Carneiro et al. 2013).

A relação de confiança é outro aspecto avaliado positivamente pelas mulheres no processo de cuidados, quando decide abortar em condições de legalidade no país: Assim se constata: *"That's good. So that when you see your doctor, your doctor knows what was going on, you can follow up and make sure that you're okay."* (p.33) (Summit et al., 2016).

A metassíntese 12, "Após o aborto mulheres convivem com culpa, arrependimento, tristeza, sentimentos ambíguos e receio da estigmatização", é composta por seis categorias: "Sentimento de culpa com a experiência do aborto", "Sentimento de arrependimento com a experiência do aborto", "Sensação de ser criminosa por ter feito o aborto", "Aborto como gerador de sentimentos ambíguos permeados por alívio", "Necessidade de sigilo sobre o aborto por receio da estigmatização" e "Sentimento de tristeza após o aborto".

A mulher pode se sentir culpada pela realização do aborto e não se perdoar pelo que fez, o que se constata nas falas de participantes:

“ ... minha consciência tava muito pesada...eu tava matando um filho meu... que não podia se defender de mim [...] Eu tenho esse peso na consciência, acho que nada melhora, nem eu engravidando de novo... eu não me perdoo... sem o meu perdão... minha vida é vazia.... (Topázio). (p.62) (Perez, 2006).

Em consonância com o apresentado anteriormente, o sentimento de arrependimento pode estar presente na vida das mulheres depois do aborto: *“Me arrependi assim, ele demorou muito pra morrer, ficou naquele negócio pensando dentro da minha barriga ...”.* (p.63) (Perez, 2006).

A mulher também pode se sentir criminosa pela realização do aborto e não se perdoar pelo que fez, o que se constata nas falas de participantes:

“[...] quando eu fui tomar banho, desceu. Hoje de manhã foi que eu expeli [o feto]. Aí, sim, que você vê, a primeira coisa que vem na sua cabeça é: ‘matei meu filho!’. [Pausa] Foi aí que eu... [Pausa. Choro.]. [...] Mas o impacto foi maior porque já tinha o formato, assim, parecia um girininho. Aí, assim, o impacto visual é forte!”(p.117) (Santos, 2013).

Porém, o alívio por solucionar um problema por meio do aborto é um dos sentimentos experimentados pelas mulheres: *“I felt relieved because I could just get on with my life and not be burdened with the responsibility of having this child because I wasn't ready for it”*(p.220) (Suffla et al., 1997).

O receio de ser estigmatizada leva a mulher a manter segredo sobre o aborto, mesmo quando deseja declarar que faz parte da sua vida e apoiar outras que já passaram pela experiência, conforme afirma uma participante: *Abortion is stigmatized and if you have it you are burdened down by the guilt and the shame, that is what I see with the people who belong to this club, it's the guilt and the shame. I should be able to say to you now that you can use my name and not change it and that I want to stand on a podium and speak to hundreds of women about it and say don't be ashamed it's a part of your life story and you did not kill anyone, but I can't”.* (p.54) (Walters, 2009).

A tristeza, após a realização do aborto, é um dos sentimentos possíveis e afeta a vida das mulheres. Uma das participantes afirma: *“Foi muito triste ter provocado o aborto, não gosto muito de ficar lembrando... eu não queria fazer isso... é triste, aqui quando todo mundo vai dormir, eu fico aqui pensando e chorando”.* (p.62) (Perez, 2006).

A metassíntese 13, “A experiência de abortar leva a mudanças favoráveis ao planejamento reprodutivo”, é composta por duas categorias: “Adoção de medidas anticonceptivas mais seguras após experiência abortiva” e “Receio de nova gravidez”.

A busca por métodos contraceptivos mais seguros para prevenir recorrência de gravidez não planejada e suas consequências faz-se presente, e uma participante afirma: “Agora eu estou com um DIU. Coloquei depois de tudo,; me deixa mais tranquila. Mas, eu ainda opero, ligo minhas trompas”. (p.77) (Pontes, 2006).

A experiência do aborto pode gerar dúvidas quanto ao futuro reprodutivo, conforme lê-se a seguir: “*Eu acho que agora eu vou ter um pouco de receio de engravidar de novo [...] Hoje, fica muito difícil de falar se eu vou querer de novo. É uma interrogação ainda. Só Deus[...] (choro)*”. (p.305) (Fonseca e Santos, 2009).

A metassíntese 14, “A experiência do aborto pode mudar o posicionamento político sobre a temática, desde que ocorra em condições seguras e se a mulher vivencia a militância pró-aborto “revigora” sua luta”, é composta por três categorias: “Influência da militância favorável à descriminalização do aborto auxiliou no processo decisório”, “As mulheres admitem a prática do aborto se em condições seguras” e “Mudança de opinião após experiência pessoal de abortamento induzido”.

A militância pela descriminalização do aborto é uma possibilidade na vida de algumas mulheres que vivenciaram a experiência. Uma participante declara: *Mudou no sentido de eu querer, e achar muito importante falar sobre isso, sempre, assim. Militar talvez de alguma forma sobre isso [...] Não sei, me dá muita raiva o fato de não ser legalizado. Isso me afeta de uma forma muito mais visceral assim, sabe?* (p.114) (Ribeiro, 2014).

Tal posição é apresentada também a seguir: “[*My abortion experience*] has probably made me more of an activist long term. I’m very interested in women having the right to choose. I don’t want women to lose the right or that choice of termination if that’s their decision.” (p.196) (Hess, 2004).

A experiência do aborto pode também resultar em mudança na percepção sobre o aborto e, quem antes era contrária, agora reconsidera sua posição, assumindo respeitar outras mulheres: “*Eu era totalmente contra. Extremamente contra o aborto... mas eu era uma pessoa assim, que eu era contra muita coisa... muita coisa mesmo... e eu me vi no meu contra... eu me vi fazendo. Mas eu posso dizer, assim, que hoje eu não sou contra o aborto... eu não sou porque eu... eu tiro por mim, eu não sei a necessidade de tais pessoas (...)*” (p.115) (Rebouças, 2010).

A metassíntese 15, “Há perspectiva de nova gravidez após conquista da maioridade e concretização de projetos profissionais”, é composta por duas categorias:” Autonomia na decisão após conquista da maioridade” e “Nova gravidez após concretização de projetos profissionais”.

A experiência do aborto na adolescência traz as marcas da interferência da família, e uma participante que abortou por pressão da mãe, ao alcançar a maioridade, assume: “*Eu penso em ter mais filhos. [...] Agora minha mãe não tira porque eu sou maior de idade*”. (p.4) (Domingos et al., 2013).

A gravidez não deixa de ser uma possibilidade, porém só após concretizar alguns planos como refere uma participante: “*Quanto aos meus projetos futuros, penso, sim, em ter um filho, lógico, só que com mais paciência, uma estabilidade com alguém. (...). Pretendo fazer uma faculdade, eu comecei uma e abandonei. Então, estou tentando fazer outros cursos agora em 2010, se Deus quiser, e refazer outros concursos, sabe, fazer uma coisa mais light (risos)*”. (p.112) (Rebouças, 2010).

DISCUSSÃO

A descoberta da gravidez não planejada gera conflitos e indecisões na experiência das mulheres e define o início do processo decisório e do itinerário abortivo, sendo a confirmação da gravidez um choque (SANTOS; BRITO, 2014). A autopercepção de uma possível gravidez começa com desconfiança a partir de alterações sistêmicas e locais, podendo ser reforçada por experiência de gravidez anterior (SANTOS, 2013). Mas, a confirmação se dá por exames que se iniciam com os mais acessíveis, como os testes vendidos em farmácias até os laboratoriais e ultrassonográficos (CHUMPITAZ, 2003).

Alguns fatores para ocorrência da gravidez estão associados a pouca informação sobre contracepção e à responsabilização da mulher pela contracepção e pela gravidez, sendo incerta a participação do parceiro. O uso irregular por não ter parceiro fixo ou por receio diante de efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais são algumas das explicações dadas pelas mulheres (GRECHINSKI, 2014; CARVALHO, 2015; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016; ELAMIN; FAZARI; ELMUSHARAF, 2017). A falta de diálogo e as dificuldades de negociação com o parceiro sobrecarregam a mulher e a privam do exercício dos direitos reprodutivos com prejuízos para a mulher que vivencia no corpo, físico, psicológico, espiritual, social e cultural a decisão e as consequências do aborto (EKSTRAND et al., 2009; RIBEIRO, 2014; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016).

No processo de decisão pelo aborto, a rede de apoio é constituída com suporte de parceiro, amigas/os e familiares, favorecendo medidas de coping valorizadas pelas mulheres. O apoio do parceiro na forma de concordância, aceitação da decisão da mulher, apoio financeiro e aquisição de meios para o aborto é importante no itinerário abortivo (SUFFLA, 1997; CHUMPITAZ, 2003; EKSTRAND et al., 2009; SOUZA et al., 2010; CARVALHO, 2015; LARREA; ORELLÁN; LARREA, 2016). Mas, se esse parceiro se afasta, nega-se a ajudá-la, em especial no momento do procedimento, dificulta o processo e torna mais difícil a experiência do aborto. Outros grupos de pessoas da rede de apoio são familiares e amigas/os que viabilizam não apenas os meios quando a mulher já se decidiu, mas o apoio emocional necessário (EKSTRAND et al., 2009; CHUMPITAZ, 2003). Independente do posicionamento dessa rede de apoio, a decisão também é autodeterminada pela mulher, ao perceber-se como participante ativa no processo (CHUMPITAZ, 2003).

A decisão de abortar é influenciada por dificuldades financeiras, também são motivos, não interromper planos futuros, associando também a ausência do parceiro. No itinerário ocorre ainda em algumas situações a pressão do parceiro e/ou da família, mas também pode ser vista como a única alternativa num contexto difícil. A situação financeira é transversal às demais condições enfrentadas pela mulher, mas nem sempre se sobrepõe (SUFFLA, 1997; CHUMPITAZ, 2003; OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREZ, 2006; OMIDEYI et al., 2011; PEREIRA et al., 2012; MILANEZ, 2014; RIBEIRO, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; CARVALHO, 2015; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016). Não exercer o direito de decidir por pressão do parceiro ou de familiares, inclusive sob ameaças para abortar se faz presente (LIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; EKSTRAND et al., 2009; REBOUÇAS, 2010; KIMPORT; FOSTER; WEITZ, 2011; DOMINGOS et al., 2013; SANTOS, 2013; ODURO; OTSIN, 2014; GRECHINSKI, 2014; MILANEZ, 2014; RIBEIRO, 2014; GONZAGA, 2015; MOTTA, 2016). Essa situação agride e impossibilita de forma extremada o exercício da cidadania dessas mulheres e as coíbem de exercer seus direitos reprodutivos.

Todavia, quando dificuldades financeiras para manutenção de si própria em contextos familiares desfavoráveis economicamente estão presentes, a decisão pelo aborto pode ocorrer independente do apoio do parceiro (CHUMPITAZ, 2003; KIRKMAN et al., 2010; REBOUÇAS, 2010; OMIDEYI et al., 2011; NDUNYU, 2013; SANTOS, 2013; MILANEZ, 2014; CARVALHO, 2015; MOTTA, 2016). O aborto é também buscado como solução nas situações em que a mulher já tem filhos/as, e a gravidez ocorre em intervalos gestacionais

muito pequenos (KIRKMAN et al., 2010; REBOUÇAS, 2010; PEREIRA et al., 2012; ODURO; OTSIN, 2014; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016).

Pesa sobre a decisão de abortar a percepção da mulher sobre suas condições para assumir responsabilidades sobre uma criança, bem como considerar-se imatura e interromper planos futuros. No contexto decisório, quando ausente relacionamento fixo, faz a mulher avaliar que assumirá sozinha as responsabilidades da gravidez, o que a faz sentir-se sem alternativas e decidir pelo aborto. As suas experiências como militante também auxiliam no processo decisório por contribuir na compreensão de “o corpo lhe pertence” (CHUMPITAZ, 2003; HESS, 2004; OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREZ, 2006; KIRKMAN et al., 2010; PEREIRA et al., 2012; SANTOS, 2013; MILANEZ, 2014; GRECHINSKI, 2014; RIBEIRO, 2014; MANN; CARDONA; GÓMEZ, 2015; CARVALHO, 2015).

A dimensão espiritual, presente também no processo decisório, sobretudo relacionada à formação religiosa não afeta necessariamente a decisão da mulher pelo aborto, mesmo recebendo conselhos contrários de ordem religiosa (SUFFLA, 1997; KIMPORT; FOSTER; WEITZ, 2011; RIBEIRO, 2014).

Os sentimentos experienciados no processo de abortamento perpassam pelo sofrimento com dor emocional, e consideram-se a experiência e a decisão muito difíceis, mesmo que o procedimento não tenha tido intercorrências (PEREZ, 2006; REBOUÇAS, 2010; MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; TORRES, 2013; NDUNYU, 2013; SANTOS; BRITO, 2014; RIBEIRO, 2014; SUMMIT et al., 2016). O sentimento de solidão e abandono, quando não encontra apoio, e o medo de morrer no procedimento estão presentes nas situações de clandestinidade (OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREZ, 2006; PEREIRA et al., 2012). Mal-estar e tristeza associados à lembrança do procedimento afetam a vida e a saúde mental das mulheres (HESS, 2004; PEREZ, 2006).

Nas experiências abortivas, a busca por local e recursos são diferentes, a depender da situação legal. As mulheres que vivem em países que criminalizam o aborto relatam suas dificuldades e ficam atentas às condições sanitárias pelo risco da insalubridade (PONTES, 2006; RIBEIRO, 2014; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016). A busca por local e por recursos torna-se difícil e perigosa. São indicados por amigas e profissionais de saúde da confiança da mulher, a partir de informações sigilosamente divulgadas entre as pessoas envolvidas (SUFFLA, 1997; NDUNYU, 2013; SANTOS, 2013; RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014; GRECHINSKI, 2014; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016). Já as de

países em que o aborto é legalizado apontam características positivas na relação com o serviço, como garantia de privacidade, possibilidade de continuidade dos cuidados, uma vez que são atendidas naquele espaço para outras necessidades de saúde (SUMMIT et al., 2016).

A mulher utiliza vários recursos para efetivar o aborto, e o risco à saúde é diretamente proporcional à restrição legal da interrupção da gravidez. Se não há serviços de aborto legal, mulheres fazem uso de chás (SOUZA et al., 2010; GONZAGA, 2015), medicamentos abortivos (OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREZ, 2006; SANTOS, 2013; RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014; RIBEIRO, 2014) e inserção de objetos no útero (SOUZA et al., 2010; RIBEIRO, 2014; ELAMIN; FAZARI; ELMUSHARAF, 2017). Desses meios, os fármacos têm apresentado uma função dupla, induzir o aborto e reduzir os riscos de complicações. Esses permitem a realização do procedimento no espaço doméstico com apoio de amigas/os. Porém, quando o “produto” não é completamente expelido ou fica retido, a busca pelo hospital é a saída mais segura, e curetagem uterina (SUFFLA, 1997; CARNEIRO et al., 2013) é um dos meios para conclusão do procedimento abortivo.

Em relação aos procedimentos, os sinais e sintomas são diferentes, desencadeando experiências diferentes. As sensações envolvidas estão relacionadas ao desconhecimento sobre o sangramento e a dor, sendo o processo considerado como pior do que o imaginado. Essas sensações são potencializadas pela desinformação sobre as manifestações clínicas, desencadeando desespero (PEREZ, 2006; EKSTRAND et al., 2009; RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014; CARVALHO, 2015; ELAMIN; FAZARI; ELMUSHARAF, 2017).

No processo do aborto, a relação com profissionais de saúde pode ser representada pelo diálogo, relação de confiança, gentileza, paciência, alívio da dor e resolutividade das demandas femininas (SUFFLA, 1997; REBOUÇAS, 2010; SANTOS, 2013; RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014; SUMMIT et al., 2016; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016). Porém a insatisfação com a assistência existe quando profissionais de saúde julgam a decisão da mulher, prestam cuidados de forma mecânica e impessoal, verbalmente as ofendem, retardam o atendimento e ações para alívio da dor (FARIA et al., 2012; MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; CARNEIRO et al., 2013). Essa situação apresenta-se principalmente nos contextos de clandestinidade.

Na experiência das mulheres, sentimentos diversos são experimentados associados à difícil decisão sob conflito e dúvida entre a manutenção ou a interrupção da gravidez. Uma vez realizado o aborto, a culpa e o arrependimento são frequentes e expressos, quando a mulher afirma que não se perdoa pelo que fez, considerando-se uma criminosa (OLIVEIRA;

BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREZ, 2006; FONSECA; SANTOS, 2009; WALTERS, 2009; REBOUÇAS, 2010; SHELLENBERG et al., 2011; MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; GRECHINSKI, 2014). Porém, nesse complexo emaranhado de sentimentos, o alívio pela solução da situação é também experimentado por mulheres pós-aborto sem evoluir para culpa, arrependimento e sofrimento (SUFFLA, 1997; PEREZ, 2006; EKSTRAND et al., 2009; RIBEIRO, 2014; RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014). Além disso, há o medo de ser descoberta, quando o aborto é criminalizado no país, mas a manutenção de sigilo é uma necessidade das mulheres, independentemente da situação de legalidade, pelo receio de ser estigmatizada (ANDREWS; BOYLE, 2003; HESS, 2004; PEREZ, 2006; TRYBULSKI, 2006; WALTERS, 2009; OMIDEYI et al., 2011; SHELLENBERG et al., 2011; NDUNYU, 2013; SANTOS, 2013; RIBEIRO, 2014; GONZAGA, 2015; CARVALHO, 2015).

Após a concretização do aborto, mulheres repensam seu planejamento reprodutivo e buscam métodos mais seguros para contracepção por receio de nova gravidez não planejada (PONTES, 2006; OMIDEYI et al., 2011; RIBEIRO, 2014; GONZAGA, 2015; FONSECA; SANTOS, 2009).

As experiências abortivas trazem para algumas mulheres um posicionamento político sobre a descriminalização do aborto. Nesta revisão, a mulher que já militava, ao vivenciar a experiência do aborto, reforça sua defesa e posição (RIBEIRO, 2014; CARVALHO, 2015). Outra que não tinha uma posição se manifesta favorável à militância e defende que o procedimento ocorra em condições seguras e acessível a todas (HESS, 2004; KIRKMAN et al., 2010; ODURO; OTSIN, 2014). Também existem aquelas que saem da posição de ser contrária ao aborto para o reconhecimento de que mulheres não podem ser julgadas, pois as circunstâncias de vida definem o abortamento (REBOUÇAS, 2010).

A experiência do abortamento, nesta revisão, faz com que mulheres planejem o futuro com planos de retorno aos estudos, ao trabalho e até nova gravidez, desde que planejada e livre de coerção (REBOUÇAS, 2010; FARIA et al., 2012; DOMINGOS et al., 2013).

CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão sistemática apresentam evidências qualitativas de que o aborto induzido em consequência de uma gravidez não planejada desencadeia experiências subjetivas comuns às mulheres que o vivenciam, independente da legislação restritiva ou de

legalidade vigente no país. Todavia, há um diferencial relativo à garantia de acesso aos serviços, aos meios abortivos e à qualidade da atenção, numa relação direta com a criminalização ou não da interrupção voluntária da gravidez no país.

A decisão pelo aborto é complexa e sofre influência do contexto social, econômico e cultural, em que as mulheres estão inseridas. Na experiência das mulheres participantes das pesquisas empíricas que compuseram esta revisão, a ocorrência da gravidez apresenta-se ligada ao acesso a informações, aos meios contraceptivos e à responsabilização da mulher, sem garantias da participação do parceiro. A decisão pelo aborto nem sempre ocorre por livre escolha da mulher, mas condicionada a um contexto de vida em que o suporte do parceiro e da família ocupam lugar decisivo como apoio à decisão da mulher ou como grupo que pressiona pelo aborto. Amigas/os constituem a maior certeza de suporte na decisão e na viabilização do aborto.

A ilegalidade do aborto interfere no acesso à informação, na aquisição do recurso e na sua realização, mas esse é praticado com ou sem suporte de profissionais. As experiências relativas ao acesso a meios e a locais para o abortamento dependem do espaço geográfico e dos limites jurídicos mais restritivos. Em espaços de legalidade do aborto, a atenção na rede de saúde dá-se com segurança quanto ao ambiente e quanto às ações profissionais. Todavia, embora mulheres vivenciem experiências de apoio e respeito em serviços de saúde, a qualidade da relação profissionais/usuárias sofre influência de valores profissionais que comprometem o respeito aos direitos reprodutivos.

Valores morais, religiosos e de gênero, que naturalizam a maternidade, restringem a liberdade reprodutiva e há culpabilização e estigmatização das mulheres que abortam. Assim, o suporte social é relativizado, pois um sistema simbólico e de valores aproxima as experiências subjetivas das mulheres e, no tocante ao aspecto relacional, independe do espaço geográfico, diferenciando apenas a intensidade do julgamento social. Mesmo em países em que há legalidade, a mulher mantém sigilo sobre a realização do aborto, por receio de ser estigmatizada e de sofrer isolamento social. Na experiência das mulheres com história de abortamento, sobressaem-se as questões de gênero que fazem emergir conflitos oriundos da construção de identidades, de subjetividades e da participação do parceiro, merecendo as mulheres compreensão e suporte social e emocional.

O aborto afeta de forma significativa a qualidade de vida e a saúde das mulheres.

Sobretudo nos países em que ocorre na clandestinidade, o vivenciam como uma experiência dolorosa e percorrem um itinerário abortivo permeado por conflitos, dúvidas, dificuldades de acesso a meios e a locais seguros, na incerteza de apoio e das consequências para a saúde, com riscos de vida, a depender dos recursos que lançam mão na busca da interrupção da gravidez. Em qualquer legislação, porém uma vez realizado o aborto, a sensação inicial de alívio na experiência de muitas mulheres evolui para culpa, arrependimento e sofrimento que perduram junto à incerteza da superação. O sentimento de alívio livre de arrependimentos e culpa é também experimentado por mulheres que vivenciam o aborto como solução para um problema e como possibilidade para retomar projetos futuros. Entre as mulheres, maior segurança contraceptiva é desejo e foco, no entanto a responsabilidade masculina apenas tangencia as falas.

Os resultados desta pesquisa, em que a experiência das mulheres com o aborto se dá em situações de legalidade e de ilegalidade, ajudam na compreensão desse fenômeno em nível global e no reconhecimento das necessidades de cuidado, valorizando-se o contexto em que a experiência da mulher é vivenciada. Ainda que enfrentando as repercussões físicas, sociais e emocionais, a tomada de decisão pelo aborto entre as mulheres representa uma atitude de empoderamento pelo controle do corpo e uma experiência de solidariedade entre mulheres. Esta pesquisa pode auxiliar no debate sobre a descriminalização do aborto e sobre a legalização, de modo que ocorra de forma segura e gratuita reduzindo iniquidades sociais. Esse avanço permitiria também criar espaços eficazes de acolhimento de mulheres com redução de riscos e de sequelas físicas e/ou psicológicas.

Implicações para a prática

A gravidez não planejada pode desencadear um processo conflitivo e ter o aborto como desfecho. Pouca informação das mulheres sobre métodos contraceptivos e seu manejo requer da rede de saúde investir em trabalho contínuo junto às mulheres e aos homens. Com esses, deve ser estimulado o diálogo como iniciativa dos serviços, de modo a serem incluídos tanto no planejamento reprodutivo quanto em outras discussões que requerem compartilhamento com a parceira, a exemplo do aborto, pois sua opinião e apoio impactam na decisão. Assim, mulheres e homens estariam inseridos em atividades educativas e clínicas de planejamento reprodutivo.

O diálogo, também em espaços comunitários, fomenta a noção dos direitos reprodutivos como direitos de cidadania e abre caminhos para desconstruir naturalizações relativas às

responsabilidades pela contracepção e pela gravidez. Conhecer os métodos contraceptivos e o seu uso com segurança de modo compartilhado evita recorrência de gravidezes não planejadas e de aborto, e a noção de direitos reprodutivos pode ser impressa em relações mais iguais entre casais e mais dialógicas pela rede de saúde.

Garantir o acesso implica também em diversificar as estratégias de educação em saúde, com tecnologias leves e acessíveis, facilitadoras da problematização da realidade. Atenção especial a adolescentes e familiares e à gravidez nessa fase com suporte institucional facilitando a atenção, o seguimento pós-parto e evitando recorrência de gravidez com possibilidade de aborto, em diálogo com singularidades.

No que se refere ao atendimento ao aborto, especialmente em situação de leis restritivas, gestores/as e profissionais de saúde devem estar imbuídos do compromisso e da responsabilidade em viabilizar o cumprimento de políticas públicas e normas técnicas referentes à humanização do atendimento. Onde o aborto é legal e restrições morais orientam práticas profissionais, o dever e o direito precisam se alinhar e garantir acesso e celeridade em processos de abortamento que são retardados.

Nesse sentido, faz-se necessário ampliar nas formações profissionais a discussão sobre o aborto como problema de saúde pública, a fim de superar barreiras para mudança nas práticas. Há necessidade premente de articulação entre a formação acadêmica, a rede de saúde e as políticas públicas e, nesse sentido, a gestão pública, para o atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento.

Nas discussões sobre o aborto, é importante ter uma atenção diferenciada quando o público-alvo são adolescentes. Dessa forma é importante planejar ações direcionadas às necessidades de cuidado específicas desse grupo por parte dos profissionais de saúde, viabilizando o acesso à informação e fornecendo apoio. Assim como é importante construir espaços de diálogo entre mães, adolescentes e profissionais de saúde para prevenção da gravidez indesejada, podendo reduzir a realização do aborto.

Diante do exposto, há necessidade de pesquisas complementares pela relevância e impacto dessa temática na vida das mulheres e de todas as pessoas que constituem sua rede de apoio e a própria sociedade.

Implicações para a pesquisa

Os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, com atenção diferenciada à saúde de adolescentes, precisam ser levados em consideração, quando se

analisam as experiências das mulheres que abortam. As investigações científicas precisam considerar as Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher implantadas nos países, analisando e avaliando serviços de planejamento reprodutivo e acesso das mulheres a informações e a métodos contraceptivos.

Investigações sobre o aborto devem considerar a situação jurídica, pois impacta diretamente no acesso das mulheres a ambientes seguros ou na manutenção dos riscos da clandestinidade em clínicas, abortadeiras e fornecedores de medicamentos, com ônus à saúde e à vida, que geram altos custos para sistemas de saúde. Mesmo na permanência de leis restritivas, gestores/as precisam reconhecer os indicadores epidemiológicos do aborto induzido e promover ações de qualidade no atendimento à mulher em situação de abortamento, com a implantação de serviços de saúde. A realização de estudos sobre os mesmos deve conter a visão de profissionais de saúde, da justiça, com ênfase nos aspectos psicológicos e emocionais e nas necessidades de cuidado dessas mulheres.

É preciso considerar o impacto sobre as relações familiares, quando a mulher decide continuar a gravidez, e a influência da família no processo decisório. Um aspecto importante relacionado à interrupção voluntária da gravidez está relacionado à participação masculina na contracepção, o que inclui representações sobre paternidade e aborto e deve ser investigada no que diz respeito a sentimentos, reações e relações de gênero envolvidas.

O fato de o aborto desencadear mudança de comportamento e diferentes sentimentos por receio de estigma em diferentes cidades, países e culturas precisa ser reconhecido e investigado.

Implicações para o ensino

No processo de formação da enfermagem e de demais profissionais de saúde, faz-se necessário iniciar desde a graduação discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e sua interface com a saúde sexual e reprodutiva. Em todas as oportunidades, incluir o debate sobre o aborto como uma questão de saúde pública e a vulnerabilidade das mulheres, levando em consideração suas dimensões epidemiológicas e sociológicas, nos diversos segmentos sociais, considerando-se população e profissionais da saúde. Nesse percurso, planejar e implementar projetos de educação em saúde de base emancipatória para contribuir com o acesso à informação de mulheres por profissionais com problematização do aborto, legislação e implicações sobre o acesso aos serviços de aborto, quando ele está previsto em lei. Também desenvolver projetos de Educação Permanente sobre

humanização da atenção às mulheres que se submetem ao aborto, em busca da qualidade da atenção.

Conflito de interesse

Nenhum

Referências

ANDREWS, J. L.; BOYLE, J. S. African American adolescents' experiences with unplanned pregnancy and elective abortion. **Health Care for Women International**, v. 24, n. 5, p. 414-33, 2003.

ANNE VALE, H. B. **A Study of Women's Long-term Experience after Abortion**. 1994, 168f. Thesis (master of arts) Department of Educational Psychology and Leadership Studies, Simon Fraser University, victoria, 1994.

BELTON, S. Borders of Fertility: Unplanned Pregnancy and Unsafe Abortion in Burmese Women Migrating to Thailand. **Health Care for Women International**, v. 28, n. 4, p. 419-33, 2007.

BENNETT, L. R. Single women's experiences of premarital pregnancy and induced abortion in Lombok, Eastern Indonesia. **Reproductive Health Matters**, v. 9, n. 17, p. 37-43, 2001.

BERALDO, A.; MAYORGA, C. O aborto provocado : um estudo a partir das experiências das mulheres. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1141-57, 2017.

BERER, M. Abortion law and policy around the world: in search of decriminalization. **Health and human rights**, v. 19, n. 1, p. 13, 2017.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. DE S. "Largada sozinha, mas tudo bem": Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 45, p. 405-18, 2013.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino - Uma abordagem sociológica. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 548-57, 2014.

CARVALHO, A. B. DE. **O processo de decisão pelo aborto : as experiências das mulheres em foco**. 2015, 217f. Dissertação (mestre em psicologia) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

CHUMPITAZ, V. A. C. **"Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido"**. 2003, 140f. Dissertação (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

COAST, E.; MURRAY, S. F. "These things are dangerous": Understanding induced abortion

trajectories in urban Zambia. **Social Science and Medicine**, v. 153, p. 201-09, 2016.

DEGIFIE, K. **Exploring Women's Socio-Emotional Experiences of Induced Abortion in Marie Stopes Ethiopia**. 2015, 74f. Tese (mestre em psicologia) College of Education and Behavioral Science School of Psychology, Addis Ababa, 2015.

DO NASCIMENTO SOUZA, Z. C. S. et al. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 732-36, 2010.

DOMINGOS, S. R. da F. et al. Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 4, p. [07 telas], 2013.

EKSTRAND, M. et al. An Illusion of Power: Qualitative Perspectives On Abortion Decision-Making Among Teenage Women In Sweden. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 41, n. 3, p. 173-80, 2009.

ELAMIN, W.; FAZARI, A. B.; ELMUSHARAF, K. A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unsafe Abortion in Sudan. **Open Journal of Social Sciences**, v. 5, n. 3, p. 149-58, 2017.

FARIA, E. C. R. de et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 20-6, 2012.

FONSECA, E.; SANTOS, I. Loss of a life: women's perceptions post-abortion. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 3, n. 2, p. 301-08, 2009.

GIPSON, J. D.; HIRZ, A. E.; AVILA, J. L. Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study. **Studies in Family Planning**, v. 42, n. 4, p. 261-72, 2011.

GONZAGA, P. R. B. **“Eu quero ter esse direito à escolha”: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador**. 2015, 150f. Dissertação (título de Mestre) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.

GRECHINSKI, S. T. **A Decisão pelo Aborto: Os Processos Reflexivos e os Intermediadores da Experiência Mulheres das Camadas Médias de Curitiba**. 2014, 157f. Dissertação (mestre em sociologia) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

GRINDLAY, K. et al. Abortion Restrictions in the U.S. Military: Voices from Women Deployed Overseas. **Women's Health Issues**, v. 21, n. 4, p. 259-64, jul. 2011.

HAJRI, S. et al. 'This is real misery': experiences of women denied legal abortion in Tunisia. **PLoS One**. v. 10, n. 12, p. e0145338, 2015.

HEILBORN, M. L.; FARO, L. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699-708, 2012.

HELLER, R. et al. Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.123, n.10, 2016

HESS, R. F. Dimensions of women's long-term postabortion experience. **MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 29, n. 3, p. 193-98, 2004.

JEJEEBHOY, S. J. et al. Experience seeking abortion among unmarried young women in Bihar and Jharkhand, India: delays and disadvantages. **Reproductive Health Matters**, v. 18, n. 35, p. 163-74, 2010.

KALYANWALA, S. et al. Experiences of unmarried young abortion-seekers in Bihar and Jharkhand, India. **Culture, Health and Sexuality**, v. 14, n. 3, p. 241-55, 2012.

KAYE, D. K. Community Perceptions and Experiences of Domestic Violence and Induced Abortion in Wakiso District, Uganda. **Qualitative Health Research**, v. 16, n. 8, p. 1120-8, 2006.

KIMPORT, K.; FOSTER, K.; WEITZ, T. A. Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 43, n. 2, p. 103-9, 2011.

KIRKMAN, M. et al. Abortion is a difficult solution to a problem: A discursive analysis of interviews with women considering or undergoing abortion in Australia. **Women's Studies International Forum**, v. 34, n. 2, p. 121-9, 2011.

KJELSVIK, M.; GJENGEDAL, E. First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy - a phenomenological study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 25, n. 1, p. 169-75, 2011.

LARREA, S. O.; ORELLÁN, R. G.; LARREA, A. O. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. **Index Enferm**, v. 25, n. 4, p. 1-7, 2016.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-72, 2016.

MAFORAH, F.; WOOD, K.; JEWKES, R. Backstreet Abortion : Women ' S Experiences. **Curationis**, v. 20, n. 2, p. 79-82, 1997.

MANN, E. S.; CARDONA, V.; GÓMEZ, C. A. Beyond the discourse of reproductive choice: narratives of pregnancy resolution among Latina/o teenage parents. **Culture, Health & Sexuality**, v. 17, n. 9, p. 1090-104, 2015.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. DOS. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 37-56, 2016.

MCINTYRE, M.; ANDERSON, B.; MCDONALD, C. The Intersection of Relational and Cultural Narratives: Women's Abortion Experiences. **Canadian Journal of Nursing**

Research, v. 33, n. 3, p. 47-62, 2001.

MILANEZ, N. **A experiência de mulheres e a decisão pelo aborto provocado em uma região do Espírito Santo, Brasil**. 2014, 127f. Dissertação (mestre em saúde coletiva) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. 264-69, 2009.

MOTTA, A. S. E. V. da. A vivência de mulheres no abortamento induzido. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 1056-62, 2016.

MUKKAVAARA, I.; ÖHRLING, K.; LINDBERG, I. Women's experiences after an induced second trimester abortion. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 720-5, 2012.

NAVEED, Z.; SHAIKH, B. T.; NAWAZ, M. A. Induced Abortions in Pakistan: Expositions, Destinations and Repercussions. a Qualitative Descriptive Study in Rawalpindi District. **Journal of Biosocial Science**, v. 48, n. 5, p. 631-46, 2016.

NDUNYU, L. N. **Women's experiences of induced abortion in Mombasa city and the Kilifi district, Kenya**. 2013, 255f. Tese (Titulo de Doutora) University of Nairobi, Natal, 2013.

ODURO, G. Y.; OTSIN, M. N. A. "Abortion—It Is My Own Body": Women's Narratives About Influences on Their Abortion Decisions in Ghana. **Health Care for Women International**, v. 35, n. 7, p. 918-36, 2014.

OLIVEIRA, M. S. DE; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Razões e Sentimentos de Mulheres que Vivenciaram a Prática do Aborto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 6, n. 3, p. 23- 30, 2005.

PALOMINO, N. et al. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. **Global Public Health**, v. 6, n. sup1, p. S73–S89, 2011.

PAYNE, C. M. et al. Why Women are dying from unsafe Abortion: Narratives of Ghanaian abortion providers. **Afr J Reprod Health**, v. 17, n. 2, p. 118-28, 2013.

PEDROSA, I. L.; GARCIA, T. R. "Não vou esquecer nunca!": A experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 50-8, 2000.

PEREIRA, V. do N. et al. Abortamento Induzido : vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1056-62, 2012.

PÉREZ, B. A. G. **Aborto Provocado: Representações Sociais de Mulheres**. 2006, 138f. Dissertação (mestre em enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

PISTANI, M. L.; CECCATO, M. B. Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en

mujeres . Representaciones , sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. **Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.**, v. XXV, p. 363-9, 2014.

PONTES, J. S. **Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento : Contribuições para enfermagem.** 2006, 98f. Dissertação (mestre em enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

RAMÍREZ GÁLVEZ, M. C. **Os impasses do corpo: Ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário.**1999, 157f. Dissertação (título de mestre) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

RAMOS, S.; ROMERO, M.; AIZENBERG, L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: The case of Argentina. **Reproductive Health Matters**, n. 43, p. 1-12, 2014.

RAVINDRAN, T. K. S.; BALASUBRAMANIAN, P. "Yes" to abortion but "no" to sexual rights: The paradoxical reality of married women in rural Tamil Nadu, India. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 23, p. 88-99, 2004.

REBOUCAS, M. S. S. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais.** 2010, 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

RIBEIRO, J. C. **Na Zona Selvagem: Relatos De Mulheres Sobre A Experiência Do Aborto Clandestino.** 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SANTOS, D. L. A. dos; BRITO, R. S. de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1293-313, 2014.

_____. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1-5, 2016.

SANTOS, D. L. A. dos. **Trajetória de mulheres e a participação masculina no processo do aborto provocado.** 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SELL, S. E. **O mundo da vida de mulheres que induziram o aborto: um estudo fenomenológico social.**2013, 196f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SHAHAWY, S.; DIAMOND, M. B. Perspectives on induced abortion among Palestinian women: religion, culture and access in the occupied Palestinian territories. **Culture, Health and Sexuality**, v. 1058, n. August, p. 1-17, 2017.

SHEEHY, G.; AUNG, Y.; FOSTER, A. M. "We can lose our life for the abortion": exploring the dynamics shaping abortion care in peri-urban Yangon, Myanmar. **Contraception**, v. 92, n. 5, p. 475-81, 2015.

SHELLENBERG, K. M. et al. Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. **Global Public Health**, v. 6, n. SUPPL.1, p. S111–S125, 2011.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-10, 2016.

Singh, S. et al. **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress** edition New York: Alan Guttmacher Institute; 2009.

SINHA, R. et al. Decision Making for Acceptance and Seeking Abortion of Unwanted Pregnancies. **Working Paper**, n. 14, p. 1-23, 1998.

STÅLHANDSKE, M. L.; EKSTRAND, M.; TYDÉN, T. Existential Experiences and Strategies in Relation to Induced Abortion: An Interview Study with 24 Swedish Women. **Archive for the Psychology of Religion**, v. 33, n. 3, p. 345-70, 2011.

SUFFLA, S. Experiences of induced abortion among a group of South African women. **South African journal of psychology**, v. 27, n. 4, p. 214-22, 1997.

SUMMIT, A. K. et al. “I Don’t Want to Go Anywhere Else”: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine. **Family medicine**, v. 48, n. 1, p. 30-4, 2016.

TÖRNBOM, M.; MÖLLER, A. Repeat abortion: A qualitative study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v. 20, n. 1, p. 21-30, 1999.

TRYBULSKI, J. The Long-Term Phenomena of Women’s Postabortion Experiences. **Western Journal of Nursing Research**, v. 27, n. 5, p. 559-76, 2005.

TRYBULSKI, J. A. Women and abortion: The past reaches into the present. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 6, p. 683-90, 2006.

TUSSI, F. P. **Aborto vivido, Aborto Pensado: Aborto punido? As (inter)faces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil**. 2010, 144f. Dissertação (mestre em Antropologia social) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

UNITED NATIONS. **Report on the Millennium Development Goals**. New York: United Nations, 2015.

WALTERS, L. **A phenomenological exploration of Afrikaans women who have experienced an induced abortion**. 2009, 74f. Dissertação (Masters of Social Science Clinical Psychology) School of Psychology in the Faculty of Humanities at the University of KwaZulu, Natal, 2009.

WOODSON, R. **Unwanted Pregnancy and Induced Abortion among Women in the Amazon Region of Colombia**. 2011 180f. Tesse (titulo de Doutor) Faculty of the Rollins School of Public Health of Emory University, 2011.

Apêndice I: Bases de dados exploradas e detalhes correspondentes

CINAHL

Primeira pesquisa em 7 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	(MH Abortion, Induced OR TI "Induced abortion" OR AB "Induced abortion") AND (MH pregnancy, unplanned OR TI "Unplanned pregnancy" OR AB "Unplanned pregnancy") = 194
#2	(MH Abortion, Induced OR TI "Induced abortion" OR AB "Induced abortion") AND (MH pregnancy, unplanned OR TI "Unplanned pregnancy" OR AB "Unplanned pregnancy") = 171
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

PUBMED/Medline

Primeira Pesquisa em 9 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	("Abortion, Induced"[Mesh] OR "abortion induced"[tiab]) AND ("Pregnancy, Unplanned"[Mesh] OR "Unplanned Pregnancy"[tw]) = 292
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

PsycINFO

Primeira pesquisa em 8 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	(Any Field: "Induced Abortion") OR (Any Field: "INDUCED ABORTION")) AND (Any Field: "UNPLANNED PREGNANCY")) =26
#2	Any Field: "Induced Abortion") OR (Any Field: "INDUCED ABORTION")) AND (Any Field: "UNPLANNED PREGNANCY=6
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

LILACS

Primeira pesquisa em 10 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	ab:("Abortion induced" wom*n) AND (instance:"regional") =1
Limite para: sex female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

Sociological Abstracts

Primeira Pesquisa em 11 de setembro de 2017, Atualizado em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	("INDUCED ABORTION" OR "ABORTION INDUCED") AND "UNPLANNED PREGNANCY"=26
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

SCOPUS

Primeira pesquisa em 10 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquerir
#1	SCOPUS - (TITLE-ABS-KEY ((("induced abortion" OR "abortion induced") AND ("unplanned pregnancy")))) AND (((wom*n)) AND (wom*n)) AND ("qualitative study" OR "qualitative research")) = 68
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

EMBASE

Primeira pesquisa em 12 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquerir
#1	((('unplanned pregnancy'/exp OR 'unplanned pregnancy') AND ('induced abortion'/exp OR 'induced abortion') AND [embase]/lim) AND ('cross-sectional study'/de OR 'human'/de OR 'interview'/de OR 'qualitative research'/de OR 'questionnaire'/de OR 'retrospective study'/de) = 144
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

Portal BVS

Primeira pesquisa em 13 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquerir
#1	("Abortion induced" wom*n) AND (instance:"regional") = 1
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

Web of Science

Primeira pesquisa em 12 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquerir
#1	((("Abortion induced" OR "induced abortion") AND ("unplanned pregnancy")) = 40
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

SCIELO

Primeira pesquisa em 5 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquerir
#1	https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=1%2C5&as_vis=1&q=scielo+and+%22induced+abortion%22+AND+%22unplanned+pregnancy%22+-incidence&btnG=31
Limite para: sex; female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

BVS – PSI

Primeira pesquisa em 15 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquerir
#1	mulher AND "aborto induzido" Index Psi TESES (1) – excluída- estudo quantitativo SciELO = 25
Limite para: sex: female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of	

publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.
--

OPEN ACCESS

Primeira pesquisa em 6 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	"induced abortion" AND "unplanned pregnancy"=3
Limite para: sex: female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

Google Acadêmico

Primeira pesquisa em 12 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	AND "induced abortion" "unplanned pregnancy" –incidence
#2	AND "unplanned pregnancy" AND wom*n "induced abortion" -incidence AND – prevalence = 515
Limite para: sex: female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

IBICT

Primeira pesquisa em 7 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	"(Todos os campos:"aborto induzido" OR "induced abortion" E Todos os campos:"gravidez não planejada" OR "unplanned pregnancy")"= 6
Limite para: sex: female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

BDTD – CAPES

Primeira pesquisa em 8 de setembro de 2017, atualizada em 1º de outubro de 2017

Pesquisa	Inquirir
#1	Palavra: induced abortion (filtros= grande área de conhecimento (ciências da saúde, humanas, sociais aplicadas) + ano (94 a 2017)) =3147
Limite para: sex: female; language: English, Spanish, French and Portuguese; date of publication: 1994 – 2017; Types of documents: Academic journals, Magazines, Dissertations.	

Apêndice II - Lista de Verificação de Avaliação Crítica do JBI para pesquisa qualitativa (JBI-QARI)

Revisora _____ Data _____

Autor/a _____ Ano _____ Número de identificação _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da pesquisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a questão ou objetivos da pesquisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e os métodos utilizados para coletar dados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe congruência entre a metodologia de pesquisa e a representação e análise de dados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e a interpretação dos resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Existe uma declaração localizando o pesquisador culturalmente ou teoricamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A influência do pesquisador na pesquisa e vice-versa é abordada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os participantes e suas vozes são adequadamente representados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A pesquisa é ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, e há evidências de aprovação ética por um comitê/entidade apropriado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As conclusões extraídas no relatório de pesquisa derivam da análise ou interpretação dos dados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Incluído <input type="checkbox"/> Excluído <input type="checkbox"/> Procurar mais informações <input type="checkbox"/>				
Comentários (incluindo o motivo da exclusão)				

Apêndice III: Instrumento de extração de dados QARI

Revisor/a _____
 Autor/a _____
 Periódico _____

Descrição do estudo

Metodologia _____
 Método _____
 Intervenção _____
 Local onde foi desenvolvida a pesquisa _____
 Localização geográfica _____
 Cultural _____
 Participantes _____
 Análise de dados _____

Conclusões dos autores

Comentários

Findings	Illustration from publication (page number)	Evidence		
		(I)	(C)	(NS)

Extração dos findings completo: Sim Nonsert

Apêndice IV: estudos excluídos

Belton S. Borders of Fertility: Unplanned Pregnancy and Unsafe Abortion in Burmese Women Migrating to Thailand. *Health Care Women Int.* 2007;28(4):419–33.

Razão para a exclusão: Este estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 6, 7, 8 e 9. O principal viés de pesquisa que determinou a exclusão foi que as vozes dos participantes não estavam adequadamente representadas, e a pesquisa ética não atendia aos critérios atuais ou, para estudos recentes, e não há provas de aprovação ética por um corpo apropriado.

Bennett LR. Single women's experiences of premarital pregnancy and induced abortion in Lombok, Eastern Indonesia. *Reprod Health Matters.* 2001;9(17):37–43.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou três itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 9. O principal viés de pesquisa que determinou a exclusão foi que a pesquisa ética não atendeu aos critérios atuais ou, para estudos recentes, e não há evidência de aprovação ética por um corpo apropriado.

Beraldo A, Mayorga C. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. *Estud Fem.* 2017;25(3):1141–57.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou três itens JBI-QARI. Os cinco itens com uma resposta "Não" foram 4, 5, 6, 7 e 10. O maior viés de pesquisa que determinou a exclusão foi a falta de congruência entre a metodologia de pesquisa e a representação e análise de dados e entre metodologia de pesquisa e interpretação dos resultados.

Carvalho SM, Paes GO. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino - Uma abordagem sociológica. *Saude e Soc.* 2014;23(2):548–57.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou um item JBI-QARI. Os nove itens com uma resposta "Não" foram 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 10. Esse estudo não tem congruência entre objetivo e metodologia e na análise de dados não pode interpretar os resultados encontrados.

Coast E, Murray SF. “These things are dangerous”: Understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. *Soc Sci Med.* Elsevier Ltd; 2016;153:201–9.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído basicamente porque a falta de detalhes relacionados à perspectiva filosófica declarada e as vozes dos participantes para ilustrar os achados da pesquisa motivaram a exclusão desse estudo.

Degifie K. Exploring Women's Socio-Emotional Experiences of Induced Abortion in Marie Stopes Ethiopia. Addis Ababa University; 2015.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os seis itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 10. Esse estudo foi excluído porque as conclusões

extraídas na pesquisa não combinam análise ou interpretação dos dados.

Gipson JD, Hirz AE, Avila JL. Perceptions and Practices of Illegal Abortion among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study. *Stud Fam Plann.* 2011;42(4):261–72.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 9. Esse estudo foi excluído porque a análise de dados não era clara, e os critérios éticos também não foram identificados.

Grindlay K, Yanow S, Jelinska K, Gomperts R, Grossman D. Abortion Restrictions in the U.S. Military: Voices from Women Deployed Overseas. *Women's Heal Issues.* julho de 2011;21(4):259–64.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 1, 5, 9 e 10. Esse estudo foi excluído porque a perspectiva filosófica não era clara e não havia congruência entre a metodologia de pesquisa e a interpretação dos resultados, além disso, os critérios não foram identificados como éticos.

Heilborn ML, Cabral C da S, Brandão ER, Cordeiro F, Azize R lopes. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex Salud y Soc.* 2012;1(12):224–57.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído porque os objetivos, a representação e a análise dos dados não eram consistentes com a metodologia de pesquisa.

Jejeebhoy SJ, Kalyanwala S, Zavier AF, Kumar R, Jha N. Experience seeking abortion among unmarried young women in Bihar and Jharkhand, India: delays and disadvantages. *Reprod Health Matters.* 2010;18(35):163–74.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído porque não identifiquei a perspectiva filosófica e a representação e análise dos dados não eram congruentes com a metodologia de pesquisa.

Kalyanwala S, Jejeebhoy SJ, Zavier AJF, Kumar R. Experiences of unmarried young abortion-seekers in Bihar and Jharkhand, India. *Cult Heal Sex.* 2012;14(3):241–55.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram de 6 e 7. Esse estudo foi excluído porque não foi possível identificar a perspectiva filosófica e a representação e análise dos dados não foram congruentes com a metodologia de pesquisa.

Kaye DK. Community Perceptions and Experiences of Domestic Violence and Induced Abortion in Wakiso District, Uganda. *Qual Health Res.* 2006;16(8):1120–8.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os três itens com uma

resposta "Não" foram 6, 7 e 8. Esse estudo foi excluído porque não foi possível identificar a perspectiva filosófica, e as vozes dos participantes do estudo não estavam bem representadas.

Kjelsvik M, Gjengedal E. First-time pregnant women's experience of the decision-making process related to completing or terminating pregnancy - a phenomenological study. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(1):169–75.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído porque os objetivos e a interpretação dos resultados não são congruentes com a metodologia.

Madeiro AP, Diniz D. Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. *Cien Saude Colet.* 2015;20(2):587–93.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou três itens JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 4,6,7 e 8. Esse estudo foi excluído porque a representação de dados, a análise e as vozes dos participantes não eram adequadas.

Maforah F, Wood K, Jewkes R. Backstreet Abortion : Women' s Experiences. *Curationis.* 1997;20(2):79–82.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 4,6,7 e 9. Esse estudo foi excluído porque não houve congruência entre a representação e análise dos dados com a metodologia proposta e a não identificação de critérios éticos.

McCallum C, Menezes G, Reis AP dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* 2016;23(1):37–56.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou quatro itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 4,6 e 7. Esse estudo foi excluído principalmente porque não atendia a vários aspectos relacionados à metodologia. Não houve definição de uma perspectiva filosófica, e o método de coleta de dados não se encaixava na metodologia proposta. As vozes dos participantes também não estavam adequadamente representadas.

McIntyre M, Anderson B, McDonald C. The Intersection of Relational and Cultural Narratives: Women's Abortion Experiences. *Can J Nurs Res.* 2001;33(3):47–62.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 9. Esse estudo foi excluído principalmente por problemas com os dados da coleção para a representação e análise em frente ao proposto na metodologia da pesquisa, além de não serem claros os critérios éticos.

Palomino N, Padilla MR, Talledo BD, Mazuelos CG, Carda J, Bayer AM. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. *Glob Public Health*. 2011;6(sup1):S73–89.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído principalmente devido a problemas com os dados na representação e análise e também porque não está claro qual é a perspectiva filosófica usada na pesquisa.

Pedrosa IL, Garcia TR. “Não vou esquecer nunca!”: A experiência feminina com o abortamento induzido. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000;8(6):50–8.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 4, 6 e 7. Esse estudo foi excluído principalmente devido a problemas com os dados na representação e análise e também porque não está claro qual é a perspectiva filosófica usada na pesquisa.

Pistani ML, Ceccato MB. Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. *Vertex Rev Arg Psiquiat*. 2014; XXV:363–9.

Razão para a exclusão: Esse estudo não marcou os itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 9. Esse estudo foi excluído devido a problemas em todo o corpo metodológico, principalmente devido à falta de clareza na informação.

Ramírez-Gálvez MC. Os impasses do corpo: Ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou apenas um item JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 6, 7, 9 e 10. Esse estudo foi excluído devido a problemas metodológicos em todo o corpo, principalmente devido à falta de clareza na informação.

Ravindran TKS, Balasubramanian P. “Yes” to abortion but “no” to sexual rights: The paradoxical reality of married women in rural Tamil Nadu, India. *Reprod Health Matters*. 2004;12(23):88–99.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído por falta de clareza na perspectiva filosófica e na representação e análise de dados.

Shahawy S, Diamond MB. Perspectives on induced abortion among Palestinian women: religion, culture and access in the occupied Palestinian territories. *Cult Heal Sex*. Taylor & Francis; 2017;1058(August):1–17.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído por falta de clareza da

perspectiva filosófica, e as vozes dos participantes não estavam adequadamente representadas.

Silveira P, McCallum C, Menezes G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(2):1–10.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 4, 6, 7 e 8. Esse estudo foi excluído porque havia congruência entre metodologia e representação e análise dos dados, e as vozes dos participantes não estavam adequadamente representadas.

Sinha R, Khan ME, Patel BC, Lakhanpal S, Khanna P. Decision Making for Acceptance and Seeking Abortion of Unwanted Pregnancies. *Work Pap*. 1998;(14):1–23.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou dois itens JBI-QARI. Os cinco itens com uma resposta "Não" foram 1, 6, 7, 9 e 10. Esse estudo foi excluído porque não havia perspectiva filosófica, nenhum critério ético, e as conclusões não eram capazes de responder à análise ou interpretação dos dados.

Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Olavarrieta CD, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, Garcia S. Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women Heal*. 2014;54(7):622–40.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 9. Esse estudo foi excluído por falta de clareza na interpretação de resultados e critérios éticos.

Stålhandske ML, Ekstrand M, Tydén T. Existential Experiences and Strategies in Relation to Induced Abortion: An Interview Study with 24 Swedish Women. *Arch Psychol Relig*. 2011;33(3):345–70.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído por falta de clareza na interpretação dos resultados e na perspectiva filosófica.

Svanemyr J, Sundby J. The social context of induced abortions among young couples in Cote d'Ivoire. *Afr J Reprod Heal*. 2007;11(2):13–23.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou quatro itens JBI-QARI. Os quatro itens com uma resposta "Não" foram 4, 6, 7 e 9. Esse estudo foi excluído porque faltava clareza e congruência na representação e análise de dados, e não era possível identificar perspectivas filosóficas e critérios éticos.

Törnbohm M, Möller A. Repeat abortion: A qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1999;20(1):21–30.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou cinco itens JBI-QARI. Os dois itens com uma resposta "Não" foram 6 e 7. Esse estudo foi excluído porque faltava clareza na representação de voz dos participantes do estudo e também não ouviu a identificação da perspectiva filosófica e dos critérios éticos.

Tussi FP. Aborto vivido, Aborto Pensado: Aborto punido? As (inter)faces entre as esferas pública e privada em casos de aborto no Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 2, 4 e 5. Esse estudo foi excluído por falta de congruência entre a metodologia proposta da pesquisa e os objetivos, a representação e análise dos dados e a interpretação dos resultados, além de não ser claro nas conclusões.

Anne Vale HB. A Study of Women's Long-term Experience after Abortion. Simon Fraser University; 1994.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 8. Esse estudo foi excluído porque não havia congruência na forma como as vozes dos participantes estavam representadas.

Woodson R. Unwanted Pregnancy and Induced Abortion among Women in the Amazon Region of Colombia. Faculty of the Rollins School of Public Health of Emory University; 2011.

Razão para a exclusão: Esse estudo marcou seis itens JBI-QARI. Os três itens com uma resposta "Não" foram 6, 7 e 8. Esse estudo foi excluído porque não havia congruência na forma como as vozes dos participantes estavam representadas.

Apêndice V: Lista de estudos incluídos e seus findings

Legenda- Inequívoca (I), Credível (C) e Não sustentada (NS)

African american adolescents' experiences with unplanned pregnancy and elective abortion (Andrews and Boyle, 2003)

Findings	Illustration
Resolution of the Crisis (C)	One young woman described her feelings: "I shouldn't worry no more. It's almost over." (p.428)

"Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil (Carneiro et al., 2013)

Findings	Illustration
Recepção, triagem e admissão (Carneiro, 2013) (C)	"Ele ficou falando um bocado de coisa, eu nem lembro. Tudo com a maior ignorância! Me tratando mal... [...] o médico foi super grosso! Eu até discuti com ele e disse que ele era muito ignorante. Aí ele disse que eu ia ficar lá esperando um dia... Ele disse: 'Agora você vai ficar curtindo sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã [...]" (p.409) (Carneiro et al., 2013)
Pré-parto (PP) (NS)	"Ah, eu me sentia muito mal, porque ela atendia, né, mas era mais uma coisa de deixar você num canto, não iam conversar, não procuravam saber nada. [...] Entrevistadora : E era uma dor muito grande? Muito grande! Muito, muito. Muito dolorido. [...] aqui eu comi muita dor e esperei bastante! Fiquei de sete da manhã às cinco da tarde". (Sônia, idade desconhecida)
Sala de procedimentos (Carneiro et al., 2013) (I)	"Olhe, é assim: quando eu fui entrando lá na sala, eu vi uma menina lá aberta, um negócio vermelho pro lado de fora... Eu achei que fosse o útero. Mas como eu já estava meio vacilando, eu já estava até sentindo febre, então eu creio que foi coisa da minha cabeça. [...] depois eu perguntei a enfermeira e ela disse que achava que era mais ou menos isso. Então eu acredito que bota o útero para o lado de fora e faz uma raspagem pra depois queimar". (Priscila, 27) (p.411) (Carneiro et al., 2013)
Enfermaria e alta Unsuportted	"Muita mulher com bebezinho. Tanto que eu nem queria dormir aqui por isso. [...] Eu vejo tanto nenê e isso me dá um peso na consciência. [...] Quando eu olho pros outros nenês assim, eu fico com uma dor no coração danada! Porque eu poderia ter passado por esse processo de gestação, parto, mas eu não vou poder sentir nada disso...". (Valdete, 21)
Mulheres e sua percepção sobre a assistência: um aparente paradoxo (Carneiro et al., 2013) (I)	"Nada, ninguém me disse nada! Na verdade [...] eles tratam bem, agora assim, informação, eles negam muito. [...] Eles tratam bem a pessoa, dão medicamento, dá o medicamento na hora certa, mas não dá satisfação nenhuma, nenhuma. Eles fazem o trabalho dele, mas eu não sei nem explicar. É como se a gente fosse uma coisa, um trabalho e não um ser humano que precisa de informação, que precisa saber o que está acontecendo com ele".

	(Sara, 27) (p.415) (Carneiro et al., 2013)
--	--

O processo de decisão pelo aborto: as experiências das mulheres em foco (Carvalho, 2015)

Findings	Illustration
Uso de contraceptivos (Carvalho, 2015) (I)	“Então, eu tive uma vida ativa dos dezessete aos trinta e um anos, tive uma relação estável durante seis anos tentando engravidar, tentando sem usar nenhum método anticonceptivo, eu tinha certeza absoluta que eu era estéril. As pessoas me perguntavam, eu achava que eu era estéril, sério, já tinha conversado com minha ginecologista pra gente começar a fazer exame, ela disse assim ‘Olha Rose, homem é simples, homem faz contagem de esperma, não sei o que, não sei o que, pronto, sabe se é ou se não é. Agora mulher, você tem que estar tentando, porque não tem como, a gente vai eliminando causas, não dá pra gente falar, pra eu falar com você vamos fazer um exame e saber o que é, porque que é, não, não é assim’ Então eu falei ‘Ah, então deixa, então deixa.’” (Rose) (p.149) (Carvalho, 2015)
Motivações (Carvalho, 2015) (C)	“Pensei em ter uma produção independente, mas, sempre pensava também que o ideal é você ter um filho com uma família estruturada, uma família, pai, mãe, filho, sou conservadora (Azaleia) (p.155) (Carvalho, 2015)
A decisão (Carvalho, 2015) (C)	“Eu estava pensando em ter, mas diante da situação que eu estava vivendo aqui, eu não tinha casa pra morar, nesse período, depois eu já estava morando no sofá-cama na casa de amigos meus, estava com emprego que era muito instável e aí isso tudo começou a pesar.” (Geovanna) (p.162) (Carvalho, 2015)
O papel do feminismo na decisão (I)	Se eu não fosse feminista [...] desde cedo, com certeza eu talvez tivesse titubeado muito pra tomar minhas decisões, me sentindo culpada, vir carregando isso o tempo inteiro, fazer um muro de lamentações e deprimir. O feminismo marcou e marca a minha vida assim inteiramente, principalmente na questão de liberdade, da minha liberdade em tudo, nas minhas relações, no meu modo de ver o mundo. (Geórgia)
A rede de relações (Carvalho, 2015) (C)	“De imediato ele conseguiu o remédio e já trouxe, ele não demorou, tipo assim, eu falei com ele hoje e amanhã ele já trouxe, ele conseguiu rápido” (Ester) (p.169) (Carvalho, 2015)
O aborto (Carvalho, 2015) (I)	“E aí começou esse sangramento aí que deu uma dor terrível, que são contrações, eu vomitei, tive diarreia, tudo ao mesmo tempo, não sei, suor, dor, muita dor, muita dor mesmo, só que aí parou, isso foi, não sei, uma hora, e é terrível. Nossa! As mulheres acho que no parto é essa dor de contração.” (Francisca) (p.179) (Carvalho, 2015)
Opinião sobre aborto (Carvalho, 2015) (I)	“É como eu tinha te contado anteriormente, eu fiz parte de movimentação política pela descriminalização, enfim, tenho envolvimento na causa, luto por ela, não mais como militante, mas penso nisso na hora que vou votar, acompanho debate, o que está acontecendo, o tal do estatuto do nasciturno, essas histórias e tudo mais.” (Rose) (p.185) (Carvalho, 2015)

Falar sobre o assunto (Carvalho, 2015) (I)	“Ah, eu me senti muito sozinha, (...) e, assim, eu achei que estava arrependida, achei que... Eu não podia sair contando isso para ninguém, era uma coisa que eu tinha que guardar pra mim pra sempre, que eu não podia publicizar isso, comentar isso com um grupo de amigos e contar essa experiência, saber outras pessoas próximas que passaram pela mesma coisa, então assim, sempre muito... Não ia sair falando sobre isso e acho que eu nem ia me sentir à vontade de estar falando sobre isso, sabendo que eu poderia passar pra, além disso, passar por um julgamento de outra pessoa. Então, acabei me sentindo, assim, muito sozinha, achei que eu estava arrependida, sentindo um pouco de culpa, muita tristeza, assim, nesse estado.” (Geovanna) (p.189) (Carvalho, 2015)
Consequências do aborto (NS)	“Bem, eu estava começando a ter uma relação que, claro, que não certo, a gente terminou pouco tempo depois e ele era moreno, o rapaz é moreno, e eu sonhei com uma criança loira. ‘Mas, gente, não, espera aí, então de duas uma, esse sonho veio pra me falar que não é ele e essa é a futura ou o é o passado... Vamos ver’. Mas foi muito nítida a criancinha brincando. E eu tenho também sonho às vezes que eu perdi, perdi assim na rua, a criança sumiu, sonhos desse gênero, paranoia também né, mas eu acho que tem relação assim com isso, de certa forma tem, inconsciente mas a gente sabe que... É, não é?’

“Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido” (Chumpitaz, 2003)

Findings	Illustration
Dificuldades econômicas para o sustento dos filhos (Chumpitaz, 2003) (C)	“É assim, você estar desempregada ou às vezes, você tá querendo uma coisa pra dar pra seus filhos, comer sem ter,... eh... eu já passei muito por isso e... de vez em quando ainda passo e por isso que é meio ruim, mas em outras condições é bom, porque como vê, assim, mesmo, né?, a gente não pode nem “derramar” (chorar sobre) leite derramado.” (Entrevistada 04, 25 anos, convivente, dois filhos, um aborto induzido, faxineira.) (p.35) (Chumpitaz, 2003)
Paralisação ou adiamento de outros projetos de vida (Chumpitaz, 2003) (C)	“A desvantagem é a liberdade... a desvantagem pra mim foi a liberdade até porque... eu tive que parar tudo, freei a minha vida e... pra ir longe. A grande desvantagem de eu ter um filho aos 14 anos, foi que aos 14 anos eu estudava, queria ir pra praia... ir pra uma festinha com os amigos e via todo o mundo ir e tive que ficar em casa. Mas com o passar do tempo você conquista ela de novo, que eu conquistei a minha, hoje tenho dois filhos e consigo fazer todo o que eu gosto: vou pra praia levo a minha filha, eu vou no shopping eu levo ela no colégio, eu levo. Eu tenho minha mãe que sempre me apoiou o tempo todo, se eu quero sair à noite, minha mãe olha numa boa... hoje eu não consigo ver desvantagem no momento presente.” (Entrevistada 12, 20 anos, separada, dois filhos, dois abortos induzidos,

	desempregada.) (p.36) (Chumpitaz, 2003)
A experiência da contracepção e da gravidez indesejada (Chumpitaz, 2003) (C)	“Eu vi, minha menstruação atrasou, aí procurei o enfermeiro do posto, né?, ele falou pra mim: faz um teste, deu positivo. Aí, a moça (auxiliar de enfermagem) falou assim: Me dá seu cartão e marcou pré-natal. Eu já fiquei desesperada, e falei: Ai, Meu Deus do céu - e já tinha terminado, já tinha terminado de novo com ele- o que vou fazer?!!!” (Entrevistada 12, 20 anos, segundo aborto, época atual, separada deste parceiro, dois filhos de uniões anteriores, desempregada.) (p.66) (Chumpitaz, 2003)
Os interlocutores da decisão (Chumpitaz, 2003) (I)	“Eu conversei com a irmã dele, com minhas colegas eu falava. Elas davam apoio, falavam para que eu fosse tirar, assim: A Mariana (filha) tá muito pequena e você ainda na casa dos outros Inclusive tinha uma menina que morava também junto sozinha na casa da mãe dele que me ensinou usar o remédio, fiz direito do jeito que ela falou, aí saiu.” (Entrevistada 15, 26 anos, casada - 17 anos na época, primeiro aborto, primeira convivência, parceiro anterior, um filho, desempregada.) (p.70) (Chumpitaz, 2003)
Dificuldades financeiras e trabalho da mulher (Chumpitaz, 2003) (I)	“Quando eu cheguei (de Maranhão) eu arrumei um emprego, eu já tinha acabado de arrumar um emprego e já tava com dois meses de grávida e eles não iam deixar eu ficar no emprego porque diziam pra arrumar emprego já está grávida (...) Aí tive que tomar remédio pra não perder o emprego...” (Entrevistada 13, 28 anos, segunda convivência - 26 anos na época do aborto, parceiro atual, três filhos, faxineira de hotel.) (p.73) (Chumpitaz, 2003)
Interrupção de planos de realização pessoal (Chumpitaz, 2003) (I)	“Eu não tinha condição, não tinha uma situação financeira estável pra poder ter outro filho, entendeu?... o fator financeiro foi que mais pesou” (p.75) (Chumpitaz, 2003)
Imaturidade para exercer a maternidade (Chumpitaz, 2003) (I)	“Aconteceu sem querer (a gravidez)... por burrice e por não ter orientação. Não quis a gravidez não, eu quis mesmo (o aborto)... eu me achava muito problemática, muito criança... não queria, não sabia como fazer, como ia ser... e pedi orientação pra poder abortar.” (Entrevistada 04, 25 anos, convivente - 15 anos na época do aborto, primeiro parceiro, solteira, primeira gravidez, estudante.) (p.76) (Chumpitaz, 2003)
Recusa da gravidez pelo parceiro (Chumpitaz, 2003) (I)	“... E o seguinte, assim como ele falou que não queria o filho naquele momento, aí eu ...(fiz o aborto)” (Entrevistada 06, 28 anos, convivente, segundo parceiro – 23 anos na época do aborto, coabitante parcial, primeiro parceiro, tinha perdido um filho de seis meses de idade, empregada doméstica.) (p.77) (Chumpitaz, 2003)
Incerteza do futuro do relacionamento (Chumpitaz, 2003) (I)	“tinha dois meses quando o pai dele foi embora. Minha vida foi muito difícil.Aí ficava pensando nisso... Vou ter outro? Agora com esse que já tá com três anos, vou ter que recomeçar tudo de novo, aí ele por cima vai embora.” (Entrevistada 07, 30 anos, convivente - 29 anos na época do aborto, separada, namorada do parceiro atual, um filho, empregada doméstica.) (p.83)

	(Chumpitaz, 2003)
Quando o parceiro não foi informado da gravidez nem do aborto (Chumpitaz, 2003) (C)	“Não contei porque ele não ia querer, ele não ia concordar. Não ia concordar, não, porque... pensava que pra ele quanto mais ter filho é mais bonito, que é bonito ter filho, porque ele já conversa isso pra mim. Que hoje em dia, eu não quero ter relações, ah, que eu primeiro quero colocar DIU, ele acha: O que que tem?!!!” (Entrevistada 09, 41 anos, convivente, segundo parceiro - 33 anos na época, parceiro atual, quatro filhos, vendedora de bijuterias, justificou o aborto por motivos econômicos e de relacionamento.) (p. 85) (Chumpitaz, 2003)
Quando o parceiro se excluiu de participar na decisão (Chumpitaz, 2003) (I)	“Nós estávamos em um momento de muita... modificação na nossa vida, né? Eu tinha acabado de, de... comprar minha casa, tinha que pagar prestação, dívida, (p.90) (Chumpitaz, 2003)
Quando o Parceiro Promoveu o Aborto (Chumpitaz, 2003)	“Me obrigou e falou que não, que eu tinha que tirar esse filho, que não podia, que ele tava muito novo, que já tinha muito filho, que eu também já tinha filhos, que não precisava ter filhos. Mas eu visei muito do lado do sentimento que eu tinha com ele... então um filho dele pra mim uma maravilha, ter um filho. Por eu já gostar de crianças e por ser uma pessoa que eu já gostava muito... foi tentando me convencer, me convencer... até que consegui me convencer de tirar o filho.” (Entrevistada 12, 20 anos, separada - 19 anos na época do primeiro aborto, convivente, dois filhos de uniões anteriores, desempregada. Indicou a recusa masculina da gravidez e o desejo de manter o relacionamento como razão para o aborto.) (p.95) (Chumpitaz, 2003)
Quando o parceiro recusou o aborto (Chumpitaz, 2003) (I)	“Contei (da gravidez), ficou muito feliz, contou pra todo mundo, mas eu não queria. Aí chorou, pediu pá eu não tirar.... mas também não contei que tirei não, falei que perdi.” (Entrevistada 07, 30 anos, convivente - 29 anos na época do aborto, namorada do parceiro atual, um filho, empregada doméstica, justificou o aborto pela incerteza do futuro do relacionamento.) (p. 102) (Chumpitaz, 2003)

Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe (Domingos et al., 2013)

Findings	Illustration
Abortamento por imposição da mãe (Domingos et al., 2013) (I)	[...] ... ela me levou para fazer um exame e, aí, deu positivo. [...]. Na mesma hora, [...] me disse que eu não poderia ter aquele filho (D2). (p.3) (Domingos et al., 2013)
Autonomia na vida reprodutiva (Domingos et al., 2013) (I)	Eu penso em ter mais filhos. [...] Agora minha mãe não tira porque eu sou maior de idade (D3). (p.4) (Domingos et al., 2013)

An Illusion of Power: Qualitative Perspectives On Abortion Decision-Making Among Teenage Women In Sweden (Ekstrand et al., 2009)

Findings	Illustration
Testing the boundaries despite awareness of risk. (Ekstrand et al., 2009) (C)	“You’re perfectly aware that you’re putting yourself at risk, but still...you kind of think that nothing will happen.”—17-year-old, first time pregnant (p.175) (Ekstrand et al., 2009)
Pregnancy Prevention as the Woman’s Responsibility (Ekstrand et al., 2009) (I)	“It sounds really stupid, I can see that now, but we’d never discussed those things before. You kind of think that it won’t happen that easily.”—17-year-old, first time Pregnant (p.175) (Ekstrand et al., 2009)
The need for support (Ekstrand et al., 2009) (I)	“I don’t think he quite understood...how difficult I found the situation. For instance, he didn’t show up at the hospital at the time for abortion. When I called him later on the same day, he was just like, ‘Oops, was it that early...?’ If he’d been there, I’m sure he’d have better understood what I was going through!”—16-year-old, first time pregnant (p.176) (Ekstrand et al., 2009)
Free to decide, as long as the pregnancy is terminated (Ekstrand et al., 2009) (I)	“My mom was very negative! Her words echoed in my head...which kind of made me feel forced to do it. I had the abortion against my own will.”—18-year old, first time pregnant (p.176) (Ekstrand et al., 2009)
The role of the partner (Ekstrand et al., 2009) (I)	“He said, ‘Regardless of what you choose, I’ll support you—but you know what I’d prefer you to do...’ And of course I wanted to respect that.”—18-year-old, first time pregnant (p.177) (Ekstrand et al., 2009)
Abortion was worse than imagined (Ekstrand et al., 2009) (I)	“I kind of thought that I’d go there, bleed a little and then go back home, having it all done. But I learned that wasn’t the case.”—17-year-old, first time pregnant (p.177) (Ekstrand et al., 2009)
Relief or regret—abortion as a life-changing event (Ekstrand et al., 2009) (C)	“Immediately afterward, when I woke up, I felt that I could start anew, rebuild my life again.... I certainly don’t regret it, and I know for sure that this was the best for me.”—19-year-old, first time pregnant (p.177) (Ekstrand et al., 2009)

A Qualitative Study Exploring Women’s Experiences of Unsafe Abortion in Sudan (Elamin et al., 2017)

Findings	Illustration
Inability to control family planning (Elamin et al., 2017) (I)	“It all happened so fast, I didn’t think I would have sex with him. I didn’t think I could get pregnant ... it was the last thing on my mind so we never used any protection”(p.153)(Elamin et al., 2017)
Choosing to have an unsafe abortion (Elamin et al., 2017) (I)	“I got pregnant a second time. I couldn’t tell my mother again... my friends told me they would bring it down for me. So they did. They put me on a bed and opened my legs. They inserted a metal wire and started scrapping inside me themselves... my mother doesn’t know about this. I don’t want her to know.” (p.154)(Elamin et al., 2017)

Dealing with the complications of Unsafe Abortion (Elamin et al., 2017) (I)	“When I woke up it was about an hour later. There was a lot of blood on the bed. It was like the Vimto drink. I was shocked by the blood. I didn’t know what [my friend] did to me, I didn’t feel anything at first but then it started to hurt very much in my stomach” (p.155) (Elamin et al., 2017)
---	--

Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado (Faria et al., 2012)

Findings	Illustration
“Abortamento: experiência e necessidades de cuidado” (Faria et al., 2012) (C)	“[...] acho que os funcionários devem ter mais paciência [...]. Mais cuidado, dar orientações [...]. Tentar diminuir a dor, conversar. [...] uma adolescente não sabe direito o que vai acontecer” (p.24) (Faria et al., 2012)
“O futuro: estudar e planejar uma nova gravidez” (Faria et al., 2012) (I)	“[...] quero dar um tempo, quero voltar estudar, arrumar um emprego, melhorar minha vida. No futuro, quero engravidar de novo, mas agora não [...]”(p.24) (Faria et al., 2012)

Perda de uma vida: percepções da mulher pós-abortamento (Fonseca, Santos, 2009)

Findings	Illustration
O significado do aborto para as mulheres que o vivenciam (Fonseca e Santos, 2009) (I)	Uma coisa muito ruim, péssima, que eu acho que eu não deveria ter feito. (Arrependimento) (p.304) (Fonseca e Santos, 2009)
Pensamento reprodutivo futuro (Fonseca e Santos, 2009) (I)	Eu acho que agora eu vou ter um pouco e receio de engravidar de novo [...] Hoje, fica muito difícil de falar se eu vou querer de novo. É uma interrogação ainda. Só Deus[...] (choro) (Fé) (p.305) (Fonseca e Santos, 2009)

A Decisão pelo Aborto: Os Processos Reflexivos e os Intermediadores da Experiência Mulheres das Camadas Médias de Curitiba (Grechinski, 2014)

Findings	Illustration
A relação das entrevistadas com suas mães e pais (Grechinski, 2014) (I)	Minha família é bastante rígida, eu tinha mais medo dos meus pais, isso me fez tomar a decisão do aborto. (...) (p.89) (Grechinski, 2014)
As Relações: Amorosas, Profissionais, Familiares (Grechinski, 2014) (C)	“Eu sabia que eu tinha ainda muito pela frente, não é exatamente ser nova, era de parar a minha vida naquele momento pra viver uma coisa a qual eu não queria. Eu não queria. Eu não me via como mãe, não me via com uma criança, andava com minhas amigas que tinham decidido ter e achava uó aquilo, enquanto eu queria aproveitar a minha vida... eu queria aproveitar a minha vida, queria voar... (p.92) (Grechinski, 2014)
A Anticoncepção (Grechinski, 2014) (I)	Nossa, eu não controlava nem mesmo a compra dos meus absorventes! Nem sei se eu sabia sobre pílula, sobre anticoncepcional ou sobre qualquer coisa... (Fernanda) (p.96)

	(Grechinski, 2014)
O Procedimento (Grechinski, 2014) (C)	(...) eu fui ligando pro meu gineco e marquei uma consulta, ele disse: Carol, pode procurar essa colega, e me deu o nome de outra pessoa, uma médica, e eu fui no endereço, liguei e fui, era uma consultório normal também. (...) o meu aborto foi um aborto privilegiado eu diria, com médico especialista no assunto que me deu o principal suporte. (Carolina) (p.100) (Grechinski, 2014)
O Processo Reflexivo (Grechinski, 2014) (I)	Não, no começo, eu, no começo, tinha culpa por causa da educação católica que eu tinha recebido. (Andreia) (p.105) (Grechinski, 2014)

Dimensions of women's long-term postabortion experience (Hess, 2004)

Findings	Illustration
Making the Decision (Hess, 2004) (I)	“There’s no way I can have this child and I’m not interested in having, you know, a child. I want to go to college and there are things I want to do and a child does not fit into that pattern.” (p.195) (Hess, 2004)
Coping With the Memories (Hess, 2004) (I)	“I saw the machine they used. I was wide- awake. I remember seeing them suck the baby out of me, like all the blood and everything. It was right next to me so I could see it. I just thought, how terrible, not only am I young, and I felt bad about doing it. You know, I saw my baby die.” (p.195) (Hess, 2004)
Gaining Perspective (Hess, 2004) (NS)	Kate was still satisfied with her decision: “I never saw that sperm and egg together as a child. And yet just maybe 4 weeks ago I thought, ‘Golly, this child, had I had that child, would be 20 today.’ But I don’t have feelings about that either. I know I did the right thing.” (p.195) (Hess, 2004)
Seeking Help (Hess, 2004) (I)	“I was getting to the point of hating myself. I hated I was in a de-pression. I knew that I was depressed. So I went to a doc-tor and told the doctor what was going on. I didn’t tell him that this was my second. I just told him I had an abortion and I was having trouble dealing with it. I needed some-thing to help me get out of this. So that’s when he pre-scribed [an anti-depressant].” (p.196) (Hess, 2004)
Recognizing Its Worth (Hess, 2004) (I)	“[My abortion experience] has probably made me more of an activist long term. I’m very interested in women having the right to choose. I don’t want women to lose the right or that choice of termination if that’s their decision.” (p.196) (Hess, 2004)

Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives (Kimport et al., 2011)

Findings	Illustration
Making the Decision (Kimport et al., 2011) (I)	“My husband was putting a lot of pressure on me to have one. He was like, ‘No, this [pregnancy] isn’t a good idea. . . . You need to have that done.’ Because it was his decision more than mine, I think I resented that a little bit, although now that I’m looking back at it, I know that it was the best thing I could’ve done.” Susan (a white 47-year- old) (p.105) (Kimport et al.,

	2011)
Social Support After Abortion (Kimport et al., 2011) (C)	“I was not prepared for how archaic and old-fashioned people’s beliefs are about abortion, and I have a couple of friends who have a really strong Christian background, who said some things that actually really, really hurt my feelings. So I felt really pressured and overwhelmed.” Melinda (a white 29-year-old) (p.107) (Kimport et al., 2011)

Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia (Kirkman et al., 2010)

Findings	Illustration
Women’s perceptions of the social context of abortion (Kirkman et al., 2010) (C)	“I think a lot of girls are scared of what people might think of them having a termination. But to have them be, like, ‘Yeah, it’s totally fine, it’s okay. Lots of people go through this, and it’s all alright’ is really important.” (p.152) (Kirkman et al., 2010)
Reasons concerning the woman herself (Kirkman et al., 2010) (I)	Seventeen-year-old Virginia, for example, said she “felt, like, mentally and maturity wise, I wasn’t that advanced to do something like, you know—instead of taking care of myself I’d have to take care of someone else”. (p.152) (Kirkman et al., 2010)
Reasons related to the potential child (Kirkman et al., 2010) (I)	Felicity (22) said that she had an abortion first of all for the child’s sake. I mean, there was no father in the picture ..., not to mention the fact that, you know, I couldn’t offer it everything at this point. I wasn’t financially secure. My living situations weren’t ideal. So, and my age. (p.153) (Kirkman et al., 2010)
Reasons related to existing children (Kirkman et al., 2010) (C)	There’s just not room. Like we both work full time. I have morning shift, he has afternoon shift. And financially we, like, couldn’t change cars and move and all the things that it takes for a fourth. Not only financially but emotionally. ..There’s always enough love, but sometimes it’s not enough. So I had to put my family’s future first. (p.153) (Kirkman et al., 2010)

El silencio social que se construye en torno al aborto inducido (Larrea et al., 2016)

Findings	Illustration
Comunidades emocionales (Ortega Larrea et al., 2016) (I)	"Mis amigas más próximas, más íntimas, cuando tengo un problema o algo me pasa, tengo una amiga que lo cuento todo. Cuando tienes una persona que te escucha y está ahí en el momento para darte fuerzas, cuando lo cuentas, ya sientes como alivio, no lo tienes dentro tuyo solo para ti, hay alguien que tú sabes que puedes confiar para compartir algo" (p.4) (Ortega Larrea et al., 2016)

Beyond the discourse of reproductive choice: narratives of pregnancy resolution among Latina/o teenage parents (Mann et al., 2015)

Findings	Illustration
Narratives of unintended pregnancy: shock and awe (Mann et al., 2015)	“I found out I was pregnant and I was in complete shock. ‘Cause like I had sex with [a former boyfriend] for so long and, and never got pregnant. And then we broke up and then I had sex

(I)	with this guy and just got pregnant. So it was like – it was shocking [since I] didn't think I was able to get pregnant". (p.6) (Mann et al., 2015)
-----	---

A experiência de mulheres e a decisão pelo aborto provocado em uma região do Espírito Santo, Brasil (Milanez, 2014)

Findings	Illustration
Falta de condições financeiras (Milanez, 2014) (C)	“Porque eu não tinha condições de criar sozinha [...]” (Vesta) (p.72) (Milanez, 2014)
Medo da reação dos pais (Milanez, 2014) (I)	“Meu pai e minha mãe não ia me aceitar dentro de casa.” (Ceres) (p.72) (Milanez, 2014)
Jovem para ter filhos (Milanez, 2014) (I)	“[...] Era muito nova” (Diana). (p.73) (Milanez, 2014)
Falta de apoio (Milanez, 2014) (I)	“ [...]olhava assim pelo jeito de ele (o parceiro) me conhecer e falar que o filho não é dele né[...] eu fiquei com aquele trem na cabeça e se quer saber, eu não quero menino mais não[...]” (Vesta) (p.73) (Milanez, 2014)
Companheiro não desejar (Milanez, 2014) (I)	“Porque ele virou e falou assim pra mim que não era a hora ainda, que não queria filho agora, aí ele pegou e me pediu pra abortar.” (Minerva) (p.73) (Milanez, 2014)
O aborto como fonte de revelações de sentimentos (Milanez, 2014) (I)	“Nada. A minha intenção era só que ele saísse. Remorso nenhum.” (Vesta) (p.75) (Milanez, 2014)

A vivência de mulheres no abortamento induzido (Motta, 2016)

Findings	Illustration
Falta de autonomia financeira (Motta, 2016) (I)	A gente morava num quarto na casa da minha mãe e dependia dela. Não tivemos o que fazer. Ela não aceitou (p.55) (Motta, 2016)
Falta de autonomia na decisão: abortamentos contrariados (Motta, 2016) (I)	[...] no dia seguinte minha mãe e meu marido resolveram que a gente ia tirar o bebê. Aí eu falei: Não, gente, eu não quero não. Mas me colocaram em um canto e falaram: “Você vai fazer o aborto!”. (E3) (p.58) (Motta, 2016)
Questões relacionadas ao parceiro (Motta, 2016) (I)	Antes de fazer o aborto procurei o pai pra conversar e não obtive resposta. Conteí da gestação, ele não disse nada, ficou calado como uma porta. E aí eu entendi o recado. Mas mesmo assim insisti e perguntei. Ele não ia assumir. Deixou claro que eu estava sozinha. (E13) (p.63) (Motta, 2016)
Vivenciando o estigma do abortamento induzido e o peso do ‘homicídio’ (Motta, 2016) (NS)	Isso é uma coisa que só se divide com a família. Eles me entenderam e me apoiaram. Mas nem todo mundo tem ajuda para isso não é? (E10) (p.71) (Motta, 2016)

Women's experiences after an induced second trimester abortion (Mukkavaara et al., 2012B)

Findings	Illustration
Deciding to have the tablets Taking the remaining tablets was easier (Mukkavaara et al., 2012) (I)	“I was in two minds before I could decide, fifty, fifty, it was a real hard decision and it was very difficult with the first tablets Some”(p.722) (Mukkavaara et al., 2012)
Not understanding what happens not knowing what comes out (Mukkavaara et al., 2012) (C)	“I had not got such information that it would be like this, the reality was something else for me anyway”(pe722.) (Mukkavaara et al., 2012)
To be met with understanding to lack information (Mukkavaara et al., 2012) (I)	“they should explain like you are a little stupidly. more in a simple wayy. repeat the information several timesy I think this would be better”(p.e722) (Mukkavaara et al., 2012)
Not being able to forget Being filled with grief (Mukkavaara et al., 2012) (I)	“I have killed a life, a person that cannot live because of my decision and I will never ever forget ...”(p.e723.) (Mukkavaara et al., 2012)

Induced Abortions in Pakistan: Expositions, Destinations and Repercussions. A Qualitative Descriptive Study in Rawalpindi District (Naveed et al., 2016)

Findings	Illustration
Non-use of contraceptives. (Naveed et al., 2016) (I)	There are different perceptions among women regarding the family planning methods. They think that by using these tablets and injections, they will start menstruating heavily. This is the reason due to which I too didn't use anything. I have also heard that these cause menstrual irregularities and that women cannot become pregnant again for a long time or perhaps never. (C#2, age 23, primary education) (p.5) (Naveed et al., 2016)
Ignorance of contraceptive methods and their usage (Naveed et al., 2016) (I)	I was using pills but would skip doses, so got pregnant. I didn't have much knowledge that pills had to be taken daily and so regularly. (C#18, age 30, no education) (p.6) (Naveed et al., 2016)
Other reasons (Naveed et al., 2016) (NS)	At the time of my last delivery, I asked the doctors to do a permanent operation. They didn't agree and said you have only one daughter and a son. I told them that I have my ultrasound done, and this baby is also male and two sons and a daughter are enough for me. But they refused, and as a result I had another pregnancy because our condom ruptured. (C#8, age 28, primary education) (p.6) (Naveed et al., 2016)
Economic constraints (Naveed et al., 2016) (I)	There are too many problems now, especially inflation. When I was last pregnant, I wanted very much to deliver but what can I do? I cannot even fulfil the needs of my present family. My husband is jobless, whereas I have to feed my children and educate them. (C#10, age 30, matric education) (p.7) (Naveed et al., 2016)

Unwanted and untimely pregnancy (Naveed et al., 2016) (I)	My son was very little when I had my daughter. I know that it causes great problem when you already have a small kid and you deliver another. My son got ill with diarrhoea. I could look after neither my children, nor the house. (C#1, age 27, matric education) (p.7) (Naveed et al., 2016)
Reasons for provider preference (Naveed et al., 2016) (I)	I went to a doctor because I always go to her, whenever I have some problem. (C#5, age 25, matric education) (p.8) (Naveed et al., 2016)
Issue of finding a service provider for abortion (Naveed et al., 2016) (I)	Yes, you do have to search for them and ask many people. It's quite difficult to find out who provides the service and who doesn't. They don't do it openly as they fear bringing a bad name to them. (C#18, age 30, no education) (p.9) (Naveed et al., 2016)
Disinfection and sterilization (Naveed et al., 2016) (I)	Yes the clinic was neat and instruments also seemed to be clean, though the health provider didn't boil them in front of me. (C#25, age 25, no education) (p.9) (Naveed et al., 2016)
Health care providers' competence (Naveed et al., 2016) (I)	I think she is quite old, and, therefore must be experienced too. (C#7, age 22, primary education) (p.9) (Naveed et al., 2016)
Suggested amendments to law on abortion. (Naveed et al., 2016) unsuported	It should be allowed if inevitable. Those who abort without any genuine reason must be punished. Some people here are so poor that they cannot even buy medicine worth Rs10. If the family planning commodities had been charged, many people wouldn't be using them at all. I came to know recently that LHWs give these things free; otherwise the family planning centres give an injection worth Rs 50. Instead of spending Rs 50 there, why shouldn't I save some more money and buy flour? (C#21, age 22, primary education) (p.10) (Naveed et al., 2016)
Contraceptive method being practiced (Naveed et al., 2016) (I)	I think we should put emphasis on addressing the fears of side-effects among women, and also more emphasis should be put on dispelling the misconceptions that prevail regarding family planning methods. (C#6, age 25, primary education) (p.11) (Naveed et al., 2016)

Women's experiences of induced abortion in Mombasa city and the Kilifi district, Kenya
(Ndunyu, 2013)

Findings	Illustration
Abortion amongst the 'never married' women (Ndunyu, 2013) (C)	"Then you know after that the trust, the closeness, you know I and my mum are very tight, all that goes away, because "this is my daughter but I can't trust her anymore", imagine!" [Binti Mercy: 1 safe abortion; 'never married'; nulliparous; pre-university; Kilifi Peri-urban] (p.91) (Ndunyu, 2013)
Abortion amongst the separated women (Ndunyu, 2013) (I)	"...there is nothing like unwanted pregnancy. Every pregnancy is wanted but sometimes you do not accept it because of some problems, for example, with us who have no husbands." [Bi Neema: separated; 8 hildren; 1 unsafe abortion; complete

	secondary education; Kilifi Rural] (p.96) (Ndunyu, 2013)
Abortion amongst the divorcees (Ndunyu, 2013) (I)	“He was not my husband at that time. Although we had been married, we had separated at the time, so it was not something which could be allowed and my parents are very harsh. OK it was a bit shameful to me because where could I have gotten it (read pregnancy) from at that time (laughter). What I feared was actually the shame, being accepted by the community..... the fact that I was going to be ousted out of that community to me was kind of to be a very bad experience. So it had to (go).” [Nurse Zainab: 1 safe abortion; separated; 1 child; tertiary education; Mombasa City] (p.101) (Ndunyu, 2013)
Abortion amongst the widows (Ndunyu, 2013) (I)	“Those other two pregnancies when I got them to be honest, I had to terminate. I just saw I had too many problems and I did not expect to get such a thing so it was like bad luck. You get a friend and you move on well but when you get that thing and explain to him he refuses and says “aaagh! I cannot be responsible for it” (makes gestures with hands). Therefore, when I reason out that I am the mother and father of my children because the father of my children died...” [Bi Fatma: 2 unsafe abortions; widow; 2 children; incomplete secondary education; Kilifi Peri-urban] (p.102) (Ndunyu, 2013)
Personal consultative decision (Ndunyu, 2013) (I)	“...you are the one who is stupid, what do you expect me to do with a baby this young (referring to her age) and you can’t even feed it yourself... No I can’t do that!’ So he had no say actually, it was my choice, it was my decision; he just had to go by my decision.” [Binti Mercy: never married; nulliparous; 1 safe abortion; Kilifi Peri-urban] (p.111) (Ndunyu, 2013)
Difficult decision (Ndunyu, 2013) (C)	“I was thinking of options. It reached a point where I told myself “enough is enough, how long will I carry-on with this stress, hatred. No, I have to do it and live my life”. It was a very painful decision to make”. [Bi Wendi: 1 safe abortion; married; nulliparous; tertiary education; Mombasa City;] (p.112) (Ndunyu, 2013)
Abortion stigma and secrecy (Ndunyu, 2013) (C)	“It is my secret. I have never told anyone about this matter. I would not want anyone else to know”,70 voices Bi Flora, the divorcee living in the peri-urban whose words echo the voices of other women participants. (p.116) (Ndunyu, 2013)
Knowledge (channels to follow) (Ndunyu, 2013) (I)	“I was looking for the right channel, people to follow because this was the first time and I did not know the channels to follow. But I approached this friend of mine and luckily this friend of mine had already had abortion some months before. So she took me to where she had her abortion.” [Binti Maria: Mombasa City; single; nulliparous; 2 safe abortions] (p.124) (Ndunyu, 2013)

“Abortion—It Is My Own Body”: Women’s Narratives About Influences on Their Abortion Decisions in Ghana (Oduro, Otsin, 2014)

Findings	Illustration
Betrayed By My Body (I)	“If you give birth in quick succession, your body will soon become like an “abrewa” (old woman). My child is still young,

	she is just 11 months, I want her to grow a little before giving birth again. I thought I was in my safe period and yet look at my situation”. (Joyce, 21 years) (p.9) (Oduro and Otsin, 2014)
The Self and Abortion Decision: “I Control My Body” (I)	“...my mother said, yes, I should remove it ...” (Matilda, 29 years) (p.12) (Oduro and Otsin, 2014)
Abortion Law and the Abortion Decision: It’s Just My Body That Is Involved (I)	“Abortion is a criminal offense and when caught you can be imprisoned. But if it is done in a health facility by someone who has been trained, then it is okay”. (May, 24 years) (p.8) (Oduro and Otsin, 2014)

Razões e Sentimentos de Mulheres que Vivenciaram a Prática do Aborto (Oliveira et al., 2005)

Findings	Illustration
Fator socioeconômico (I)	“Quando a gente pega barriga e não tem como criar, só tomando os remédios mesmo. Depois se puder criar faz outro. Já tenho cinco filhos e eles moram com a minha irmã para eu poder fazer serviços nas casas”. (Papoula) (p.26) (Oliveira et al., 2005)
Profissão (I)	“Eu tinha acabado de ser promovida no meu trabalho e a gravidez não havia sido planejada”. (Lírio) (p.26) (Oliveira et al., 2005)
Idade (C)	“(…) ainda estamos estudando e ele não queria parar para trabalhar”. (Jasmim) (p.25) (Oliveira et al., 2005)
Pressão familiar (I)	“Algum tempo meu pai havia falado que caso acontecesse comigo algum dia, me colocaria para fora de casa”. (Jasmim) (p.27) (Oliveira et al., 2005)
Culpa (I)	“(…) acho que ninguém pode decidir se uma outra pessoa pode ou não viver”. (Jasmim) (p.27) (Oliveira et al., 2005)
Medo de morrer (I)	“(…) jamais vou fazer isso de novo. Quase perdi a minha vida”. (Orquídea) (p.28) (Oliveira et al., 2005)
A influência de outras pessoas (I)	“Tomei o remédio por conselho da vizinha que já havia realizado quatro abortos”. (Íris) (p.26) (Oliveira et al., 2005)

Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria (Omideyi et al., 2011)

Findings	Illustration
How contraceptive decisions are made (I)	“He doesn’t release inside me. [IDI F, 17 years, unmarried] (p.63) (Omideyi et al., 2011)
Reproductive planning and planned parenthood (Omideyi et al., 2011)	Não responde ao objeto da revisão sistemática
Reasons for abortion (I)	“I wasn’t prepared for the pregnancy, it was actually a miscalculation, so we didn’t expect there was going to be a pregnancy, and at that time there was no way I could sustain myself, two kids and a pregnancy. So the pregnancy was out of the question. Then in my place of work, it was not a question at all, a pregnancy again, another maternity leave, another excuse

	to be out of work was not an option for me, so I think the best option open to us then was to remove it and we did” (p.61) (Omideyi et al., 2011)
Decision to abort (I)	“I knew my partner would deny being responsible and I couldn’t go about with a protruding tummy for which no one would accept responsibility. [IDI F, 21 years, unmarried]” (p.61) (Omideyi et al., 2011)
Perception of abortion (I)	“Our society does not support abortion and if they see anybody that did it, they would look at that person as a prostitute, that the person is not responsible. [FGD F, married]” (p.62) (Omideyi et al., 2011)
Pregnancy, induced abortion, and contraception experience of women (C)	“In our community here, the one that is best accepted is condoms because a lot of people are scared of this family planning what ever because they said it has side effects.” [FGD F, married] (p.59) (Omideyi et al., 2011)

Abortamento Induzido : vivência de mulheres baianas (Pereira et al., 2012)

Findings	Illustration
A dificuldade financeira (I)	“Eu não tenho condição... eu vendo água na rua, faço faxina... unha... e consigo uns 50 reais no mês...” (Flor-de-Lis). (p.1059) (Pereira et al., 2012)
Número de filho (I)	“Já tenho dois filhos... não tem como criar outro” (Acácia). (p. 1059) (Pereira et al., 2012)
Perda da autonomia (C)	“Com um filho dele, e com um emprego pouco seguro, eu podia ficar dependente... isso eu não quero!” (Amarilis). (p.1060) (Pereira et al., 2012)
Medo de morrer. (I)	“... quando eu tava sangrando, me deu medo de morrer... eu achei que ia morrer mesmo”. (Amarilis) (p.1060) (Pereira et al, 2012)

Aborto Provocado: Representações Sociais de Mulheres (Pérez, 2006)

Findings	Illustration
Condição financeira (I)	“... é porque meu companheiro não trabalhava... ficava difícil, eu só tinha o dinheiro da bolsa escola, eu também não estava trabalhando” (Alexandrita). (p.53) (Pérez, 2006)
Ser jovem (I)	“... porque eu sou muito jovem... não me acho capacitada ainda de ter uma criança... de criar...” (Safira). (p.54) (Pérez, 2006)
Atrapalhar planos para o futuro (I)	“Porque ia atrapalhar a minha vida!... gosto de dançar e curtir... tenho muitos objetivos na vida, completar os estudos, fazer curso de dança...” (Jaspe). (p.55) (Pérez, 2006)
Culpa (I)	“... minha consciência tava muito pesada...eu tava matando um filho meu... que não podia se defender de mim [...] Eu tenho esse peso na consciência, acho que nada melhora, nem eu engravidando de novo... eu não me perdoo... sem o meu perdão... minha vida é vazia...” (Topázio). (p.62) (Pérez, 2006)
Arrependimento (I)	“Me arrependi assim, ele demorou muito pra morrer, ficou naquele negócio pensando dentro da minha barriga ...”

	(Alexandrita). (p.63) (Pérez, 2006)
Crime diante de a Lei (I)	“...Foi um assassinato, eu interrompi um ciclo da vida [...]. Eu ainda me sinto assassina, é horrível, é pior do que chegar em uma pessoa que me fez algum mal, ir lá e matar, porque pelo menos ela me fez alguma coisa, agora a criança não me fez nada, e ela é meu filho, é meu sangue...” (Topázio). (p.50) (Pérez, 2006)
Crime diante de Deus (I)	“...é um crime, porque é errado, errado porque era uma vida, porque quem tem direito de tirar uma vida de uma pessoa é Deus, ele vai e tira! Isso vai ficar registrado lá em cima, no céu! Quando eu morrer, eu vou ser julgada de alguma maneira...” (Safira). (p.51) (Pérez, 2006)
Alívio (I)	“... depois da curetagem senti alívio por não tá mais sentindo nada...” (Âmbar). (p.67) (Pérez, 2006)
Morte (I)	“... eu pensei em morrer, que eu ia morrer, pensei em deixar meus filhos, eu realmente acreditava que eu ia morrer, mas também pelo outro lado eu acreditava que eu tinha que fazer isso... fiquei o tempo todo com medo de morrer...” (Topázio) (p.65) (Pérez, 2006)
Tristeza (I)	“Foi muito triste ter provocado o aborto, não gosto muito de ficar lembrando... eu não queria fazer isso... é triste, aqui quando todo mundo vai dormir, eu fico aqui pensando e chorando...” (Diamante). (p.62) (Pérez, 2006)
Sofrimento (I)	“... 15 dias esse menino sofrendo dentro de mim, eu sofria de um lado, ele sofria do outro...” (Alexandrita). (p.66) (Pérez, 2006)
Dor emocional (I)	“... foi muito ruim... é sofrimento, é dor, humilhação... é perda de uma coisa que tá saindo de dentro de você... tá perdendo uma coisa que é da gente... é difícil, não sei explicar...” (Jaspe). (p.58) (Pérez, 2006)
Solidão (I)	‘... eu estava sozinha, não tinha ninguém comigo e ninguém sabe que eu fiz o aborto, só eu mesmo! É ruim, sem apoio... Uma pessoa do meu lado para dar apoio porque aí eu não ía me sentir tão sozinha... Porque eu tenho medo, sofro muito por me sentir sozinha. Às vezes eu me sinto abandonada!’ [silêncio] (Safira). (p.68) (Pérez, 2006)
Coragem (I)	“... acordei pela manhã e vê o remédio... a dúvida... desespero... tomar ou não tomar... foi difícil nessa hora... eu pensava em muita coisa... fiquei um bom tempo com o remédio na mão já aberto, sem tomar, com um copo de água próximo a mim...tomei coragem, preparei, amassei os comprimido... já com um pouco de pomada vaginal, coloquei no aplicador... fiquei ainda pensando um bom tempo... tomei dois,. “(Topázio). (p.60) (Pérez, 2006)
Dor física (I)	“... entrei em desespero...a dor era tão forte, tão intensa... uma dor muito horrível que eu pensei que ía morrer...”(Topázio).

	(p.57) (Pérez, 2006)
--	----------------------

Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento: Contribuições para enfermagem (Pontes, 2006)

Findings	Illustration
Clandestino x Legal: as diferenças e as violências da assistência (C)	‘Bom, eu não recebi assistência de saúde nenhuma, é difícil... eu não recebi assistência de saúde porque eu fiz numa dessas clínicas clandestinas, a clínica tem nome, mas é praticamente clandestina, o único remédio que eu recebi foi Tylenol pra tomar caso dor. Não me foi explicado nada(...). Eu quando acabei de fazer o abortamento, eu fiquei desmaiada; todo mundo, tinha mais ou menos na sala umas 25 mulheres, tudo pra fazer... aí deram, te dão uma droga que você desmaia, não vê nada, eles vão e faz o que tem que fazer e você não sabe se o médico que está cuidando de você é um profissional, não sabe como foi feito... é uma loucura. Você se joga na mão de uma pessoa estranha, ela te dá uma injeção e pode fazer o que quiser com você. E depois, e outra: você não tem o direito de reclamar. É muito arriscado, você depois pode querer ter um filho e não poder, é muito arriscado... É muito arriscado, você não tem como reclamar, se você passa mal, se você tem alguma coisa você não tem como reclamar’. (Quartzo-Rosa) (p.68) (Pontes, 2006)
A (Des)assistência no planejamento familiar (I)	“Agora eu estou com um DIU. Coloquei depois de tudo; me deixa mais tranquila. Mas, eu ainda opero, ligo minhas trompas”. (Ônix) (p.77) (Pontes, 2006)

Women’s experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: The case of Argentina (Ramos et al., 2014)

Findings	Illustration
The emotional experience (I)	“The first fear, maybe the strongest one, is that of guilt. It is this idea of killing a life, let’s say, this thing that results from a Christian upbringing, which actually I didn’t have. But also, I had a feeling of relief, of being able to do it. You can never say that it is a joy, it cannot be said that you are happy when doing what you have to do, but there is this idea that I wanted this, that I wanted to do it.”(p.7) (Ramos et al., 2014)
Getting hold of the medication (I)	“The hardest part was getting the prescription... in the end I got it through a friend of a friend who was a doctor... but before that I made several appointments with gynaecologists trying to find a friendly doctor who would give me a prescription.”(p.4) (Ramos et al., 2014)
Using the medication (I)	“You can do this at home, it allows you to have somebody there that you trust and can get support from.”(p.6) (Ramos et al., 2014)
The decision to terminate a pregnancy using misoprostol (I)	“It seems less risky to me. Yes, it seems safer, and less.... I don’t know, I feel that maybe [surgical abortion] is too much of an intervention into your body. I used the pills instead, I did it at

	home, with the people I love, and maybe it is less hard than the curette.”(p.3) (Ramos et al., 2014)
The physical experience (I)	“It was like a normal menstruation. You think it will be like heavy bleeding or something like that, but it was very light and then it stopped... I was worried whether everything would turn out fine, I didn’t know how my body would handle it... but no, it was actually great.”(p.6) (Ramos et al., 2014)
The “abortion is over”: assessment of the experience (I)	“When I decided to do it, I thought: ‘It ’s relatively cheap, you are at home, you can be with some- one, and you are not in a clandestine place. Afterwards, it took so long that I thought that I should have decided otherwise. Because with that other way, you end it in the same day, you leave and that’s it. Begins and finishes the same day, you get checked, but when that shitty moment passes, it ’s over. But this way it keeps going on and you don’t know whether to repeat the pills or not.” (p.8) (Ramos et al., 2014)
The experience with the health service (I)	“To feel comforted, to feel guided about what to do next, about where to get the medicine, to have the prescription problem solved, to receive information on the price, all these issues... and not being condemned, looked after... these truly mattered to me.”(p.7) (Ramos et al., 2014)

O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais (Rebouças, 2010)

Findings	Illustration
O aborto como uma escolha (I)	“Não tem condições, não! Minha filha tem três meses só! Não tem condições nenhuma de ter outro agora’ (p.92) (Rebouças, 2010)
Desejo de ter filhos somente num relacionamento estável (I)	“Só quero ter filho quando eu tiver família, casamento, casa para morar, eu não quero ter um filho sem pai... sendo mãe solteira” (Clarice) (p.104) (Rebouças, 2010)
Uma experiência de solidão e desamparo (I)	“Eu achava que minha mãe ia ser minha amiga nessas horas, e ela não foi. O meu pai, eu achava que ele ia me expulsar de casa... mas ele foi a única pessoa que me dizia que não iria me desamparar. No entanto, a todo o momento ele falava uma coisa... mas a atitude... a expressão... era outra” (Clarice) (p.98) (Rebouças, 2010)
Sentimento de Culpa / Dívida com os valores morais e religiosos (C)	“(…) desde o início, quando eu pensei em fazer um aborto, conversava muito com Deus, pedia que ele me perdoasse, que ele tivesse misericórdia de mim... poupasse a minha vida... porque eu tinha medo de morrer. E eu várias vezes... pedia a Deus que ele me desse uma nova chance... que eu tinha meus projetos e eu não queria que isso viesse de uma maneira a atrapalhar e não queria ver meu filho sofrer.” (Clarice) (p.86) (Rebouças, 2010)
Uma experiência de sofrimento (I)	“Então assim, do ponto de vista físico foi muito tranquilo, mas do ponto de vista emocional a experiência foi devastador..., eu fiquei muito mal...muito mal durante muito tempo.” (Virgínia)

	(p.79) (Rebouças, 2010)
Percepção do atendimento realizado pelos profissionais de saúde (I)	“Eles disseram que era uma decisão minha... que eles não iriam me julgar...que só eu sabia o que eu estava passando... Que ele não era nem a favor, nem contra... todos os médicos que eu passei disseram isso. “Não sou contra nem sou a favor. Você sabe o que você está passando, você decide”. (...). (...) de uma certa maneira... ela foi muito legal comigo, ela tipo assim... ela deixou de ser a médica pra ser a humana”. (Clarice) (p.106) (Rebouças, 2010)
Significados do aborto após a experiência (I)	“Eu era totalmente contra. Extremamente contra o aborto... mas eu era uma pessoa assim, que eu era contra muita coisa... muita coisa mesmo... e eu me vi no meu contra... eu me vi fazendo. Mas eu posso dizer, assim, que hoje eu não sou contra o aborto... eu não sou porque eu... eu tiro por mim, eu não sei a necessidade de tais pessoas (...)” (Clarice) (p.115) (Rebouças, 2010)
Projetos Futuros (I)	“Quanto aos meus projetos futuros, penso, sim, em ter um filho, lógico, só que com mais paciência, uma estabilidade com alguém. (...). Pretendo fazer uma faculdade, eu comecei uma e abandonei. Então, estou tentando fazer outros cursos agora em 2010, se Deus quiser, e refazer outros concursos, sabe, fazer uma coisa mais light (risos)”. (p.112) (Rebouças, 2010)

Na Zona Selvagem: relatos de mulheres sobre a experiência do aborto clandestino
(Ribeiro, 2014)

Findings	Illustration
Educação sexual, diálogo familiar e iniciação sexual (Ribeiro, 2014)	Não responde ao objeto da revisão
Conhecimento, responsabilização e uso de métodos contraceptivos (I)	“Alice: Na maioria das vezes eu tive namorados que tinham resistência a usar preservativo e eu tinha resistência em usar anticoncepcional porque me deixava muito desequilibrada, emocionalmente. Eu tentei algumas vezes [...]. Mas eu sempre preferi usar só a camisinha. E aí como é uma coisa que perde a sensibilidade pro cara, muitos caras não gostam. Aí eu já corri alguns riscos.” (p.64) (Ribeiro, 2014)
Motivos e justificativas para o aborto. (I)	“Bárbara: Eu acho que eu não tinha condições psicológicas nem econômicas, então foi o principal... Não tinha condições e aí, quando eu fiquei sabendo não me veio outra possibilidade. Não conseguia pensar em outra possibilidade”. (p.90) (Ribeiro, 2014)
Descoberta e revelação da gestação. (I)	“Alice: Eu fiquei desesperada pensando em como eu ia levar isso pra minha casa, pra minha família, porque eu tinha 21 anos, ainda estava fazendo faculdade”(p.80) (Ribeiro, 2014)
Envolvimento e influência do parceiro. (I)	“Ele... Começou a me pressionar pra fazer, pra abortar, e... Falou que se eu não fizesse ele ia desaparecer. Meu pai me ameaçava expulsar de casa” (p.84) (Ribeiro, 2014)
Apoio, confiança e redes de solidariedade. (I)	“Glória: Contei pro meu namorado, contei pra umas amigas, que me ajudaram, alguns amigos homens também me ajudaram e contei pra uma irmã e foi péssimo, a reação dela [...] Essa minha irmã, ela tinha feito um aborto e eu que tinha conseguido todas

		as coisas pra ela fazer o aborto. E ela fez o aborto e um ano depois eu engravidei, e ela botou pra ferver em cima de mim, entendeu? Foi violento, assim”. (p.102) (Ribeiro, 2014)
Tomada de decisão, dúvida e influência externa no processo (C)		“Jurema: Olha, não sei se eu estava bem decidida. Eu sei que eu me lembro que eu nunca me questionei, assim. Eu achava que não tinha outro caminho. Então mesmo que eu tivesse dúvidas, que eu ficasse balançada sobre ir ou não, eu não tive escolha”. (p.82) (Ribeiro, 2014)
Sensações e emoções após o aborto. (I)		“Foi um alívio, mas me senti meio vazia também, assim. Não sei...” (p.109) (Ribeiro, 2014)
Clandestinidade: questão legal, insegurança e segredo. (I)		“Mas o ruim é que é tudo muito escondido, você não consegue, e aí as pessoas que te vendem podem te vender a coisa errada, não tem como se resguardar [...] Eu senti medo na hora de comprar... Cheguei lá no metrô tinha polícia lá na frente, então não sei, eles podiam ver... Foi muito tenso.” (p.97) (Ribeiro, 2014)
Sobre a experiência revivida e o hoje. (I)		“Bárbara: Não, eu penso um pouco assim né, mas assim eu penso mais que foi muito difícil pra mim. Então penso muito em outras pessoas que passam por isso, né. Fico pensando, por que outras pessoas precisam passar por isso? Poderia ser bem mais fácil, bem mais tranquilo [...] Mas a minha coisa pessoal mesmo passou, eu não penso muito, sabe?” (p.111) (Ribeiro, 2014)
Influência da religião e religiosidade (I)		“Alice: A minha outra amiga, ela falou pra eu não fazer isso, mas ela falou porque ela é religiosa né, ela é espírita. Então ela foi pela crença dela né. Mas ela não me julgou assim, ela só falou que eu não devia fazer”. (p.89) (Ribeiro, 2014)
Clandestinidade X Legalidade (I)		“...parece uma clínica de depilação assim, é tudo rosinha e bonitinho e feminino e limpo e branquinho e cheio de florzinha e vasinhos de flor assim [...]”. (p.101) (Ribeiro, 2014)
Método utilizado para o aborto (C)		“Patrícia: E aí assim, várias experiências de amigas que eu conheço falam que com o remédio é mais tranquilo do que com clínica. Porque o remédio você meio que faz na sua casa, a coisa dá certo, ela realmente acontece e depois você às vezes vai pro hospital só pra fazer uma curetagem”. (p.94) (Ribeiro, 2014)
Complicações pós-aborto, atendimento e violência institucional. (C)		“Judite: Agora, eu não tinha ideia de que isso funcionava... Não peguei informação suficiente. Que funcionava como se você tivesse feito um parto, que teria que ir no hospital, fazer a curetagem. Então eu achei que era algo que expulsava e pronto. Então passou uns dias, eu acabei indo pra um show, e pulei muito nesse show. Quando eu cheguei em casa me senti mal, senti muita cólica. [...] Então eu liguei pra esses amigos, que estavam no dia que confirmou a gravidez. Eles foram me apanhar em casa, daí eu comecei uma peregrinação pra ir em hospitais”. (p.105) (Ribeiro, 2014)
Pós-aborto, mudanças na contracepção e na forma de se relacionar. (I)		“Conceição: Me amadureceu, né. Então, por exemplo, depois disso, toda vez que eu transava eu tinha consciência que não podia estar brincando. Não podia correr mais esse risco. Não me coloquei mais em risco”. (p.110) (Ribeiro, 2014)

Reflexão e mudanças na percepção sobre o aborto: a consciência a partir da experiência. (I)	“Ângela: Mudou no sentido de eu querer, e achar muito importante falar sobre isso, sempre, assim. Militar talvez de alguma forma sobre isso [...] Não sei, me dá muita raiva o fato de não ser legalizado. Isso me afeta de uma forma muito mais visceral assim, sabe?” (p.114) (Ribeiro, 2014)
---	---

Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres (Santos et al., 2014)

Findings	Illustration
Descobrir a gravidez (I)	“[...] eu fui fazer um exame de farmácia [...] daí deu positivo. Depois, eu fui fazer o exame de sangue e também deu positivo. Aí, eu fui fazer a ultra que deu que eu tava com quatro semanas. E, daí, eu pensei, repensei e decidi induzir o aborto. [...] Só que antes de fazer fui tirar uma outra ultra pra saber como é que tava e já tava com seis semanas, aí fiz.”(p.1300) (Santos et al., 2014)
Referindo os motivos para interromper a gravidez (I)	“[...] Eu vivo com minhas filhas nas situações que dá pra viver [...] Eu tô desempregada, não tenho dinheiro pra nada! [...] Como é que eu vou ter mais um filho sem condição nenhuma?”(p.) (Santos et al., 2014)
Expressando sentimentos envolvidos no processo de decisão do aborto (I)	“Eu achei que [abortar] ia ser o melhor pra mim. Mas, te digo... É muito difícil! [Pausa] [...] O povo pensa que a gente não sofre, mas a gente sofre.”(p.1305) (Santos et al., 2014)

Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado (Santos, Brito, 2016)

Findings	Illustration
Sentimentos vivenciados na prática abortiva (C)	Para mim vai ser sempre um crime aos olhos de Deus e do homem! Um pecado! (E9) (p.3) (Santos, Brito, 2016)

Trajatória de mulheres e a participação masculina no processo do aborto provocado (Santos, 2013)

Findings	Illustration
Descobrir a gravidez (I)	“[...] apareceu muito enjoo e meus peitos tavam doendo. Aí eu já descobri logo [a gravidez]. Porque meu primeiro menino foi assim também. Da minha menina... Tudinho foi assim. Antes de fazer o teste [de gravidez], eu sabia já [...] eu já tinha aquela certeza dentro de mim, só que eu não queria aceitar”. (Andorinha) (p.59) (Santos, 2013)
Expressando sentimentos envolvidos no processo de decisão do aborto (I)	“Eu fiquei feliz quando descobri que tava grávida. Feliz, mas que vinha um bocado de coisa pela frente. Uma carga grande, sabe? Em cima de mim. Demais, demais, demais! Tinha que fazer isso [aborto]... [Respira Profundamente]” (Beija-Flor) (p.66) (Santos, 2013)
Revelando as atitudes do parceiro diante da notícia da gravidez (I)	“[...] quando eu contei que estava grávida, mostrei o exame a ele, ele tremia todinho, quase que não abria o papel direito. [...] mas, depois ele não quis mais saber. Com o passar do tempo, ele se fez de desentendido, sabe? Ele deixou de ligar pra mim. Eu

	ligava e ele não queria falar comigo. Fugia. [...] Ele não quis, de certa forma, assumir no geral”. (Beija-Flor) (p.85) (Santos, 2013)
Informando ao parceiro sobre a gravidez (C)	“Eu não falei pra ninguém [sobre a gravidez]. Não era o pai da minha filha, foi de um outro relacionamento que eu tive. [...] Ele só soube que minha menstruação tava atrasada, mas eu não concretizei pra ele que eu tava gestante não. Ele é casado. Eu me encontrava com ele às vezes. [...] Eu não quis comentar com ele. Pra que contar? Ele ia ficar na dúvida se era o pai. Então, fiz tudo sozinha” [Silêncio]. (Jaçanã) (p.80) (Santos, 2013)
Relatando os sentimentos oriundos da interação com o parceiro (I)	“Eu não sei nem lhe explicar [Silêncio]. Eu fico triste, né, muito triste [Silêncio]. Porque ele não aceitava eu estar grávida e aí mandou eu tirar [Silêncio]. Ele pensou que isso ia acabar com a vida dele. Que um filho ia acabar com ele, se não fosse da mulher dele. [...] É triste gostar de uma pessoa e a pessoa... A gente nunca imagina o dia de amanhã, o que nos pode acontecer. Eu não esperava essa atitude dele, sabe? Não esperava, não. Eu pensei que ele ia aceitar [a gravidez] e eu ia ter a criança, normal [Choro]. Estou com ele há três anos, eu não esperava”. (Asa Branca) (p.92) (Santos, 2013)
Referindo os motivos para interromper a gravidez (I)	“Minha vida está muito difícil! Minha mãe não me aceitou, meu pai não me aceitou [grávida]. [...]. Então, assim, eu me senti pressionada e numa situação muito difícil Foi isso que ocasionou o meu aborto”. (Beija-Flor) (p.72) (Santos, 2013)
Externando as emoções vivenciadas no processo de concretização da prática abortiva (I)	“[...] quando eu fui tomar banho, desceu. Hoje de manhã foi que eu expeli [o feto]. Aí, sim, que você vê, a primeira coisa que vem na sua cabeça é: ‘matei meu filho!’. [Pausa] Foi aí que eu... [Pausa. Choro.]. [...] Mas o impacto foi maior porque já tinha o formato, assim, parecia um girininho. Aí, assim, o impacto visual é forte!” (Gaivota) (p.117) (Santos, 2013)
Procurando informações sobre o método abortivo (I)	“Fui até uma amiga que tinha duas amigas que já tinham abortado. Aí, ela disse que tinha um amigo que podia ajudar, porque conhece uma pessoa que vende [Cytotec®]. [...] ela me deu o telefone dele. Aí, a gente foi conversando. [...] ele mandou eu ligar quando eu conseguisse o dinheiro. [...] Aí, marquei e peguei o remédio”. (Garça) (p.100) (Santos, 2013)
Relatando a efetivação do aborto (I)	“[...] Passei 12 horas em jejum, que era pra o efeito ser mais forte. Eu aprendi isso com uma amiga, no primeiro aborto que eu fiz. E, também, como eu já tinha tomado uma vez [o Cytotec®], eu fiquei com medo do organismo ter tido, tipo, uma barreira de proteção e não fazer o efeito que eu queria. Então, eu fiz 12 horas de jejum pra poder tomar e colocar [no canal vaginal]. Fui esperta!” (Anacã) (p.109) (Santos, 2013)

O mundo da vida de mulheres que induziram o aborto: um estudo fenomenológico social
(Sell, 2013)

Findings	Illustration
A indução do aborto	“Eu fui toda feliz pra visita e levei um pacotinho com um

motivada pela rejeição da gravidez pelo companheiro (I)	sapatinho de bebê e dei pra ele. Era assim que eu queria que ele soubesse da gravidez (pausa/ silêncio). Ele ficou louco! Dava soco na parede, jogou os sapatinhos de bebê no lixo. Eu fiquei tão decepcionada (choro). Eu sempre me iludi muito. Eu imaginei a semana toda como seria aquele momento e foi horrível. Ele só dizia: “Não dá cara, Não dá! Isso é a pior coisa que pode acontecer. Não dá. Não dá! Ele “berrava” que eu fiz de propósito. [...] Eu tava ansiosa pra terminar essa confusão [...]“É a pior coisa que uma mulher pode passar! Pelo menos pra mim foi. Desde a hora que foi rejeitada pelo pai, até tu ter que decidir que não vai ter uma criança que tu querias tanto... (silêncio/ choro contido)”. (Débora)(p.135) (Sell, 2013)
A indução do aborto motivada pelo medo da reação dos pais (I)	“O pai é muito “duro”, cobra muito, exige que as filhas se cuidem, que não namorem, que não façam nada (sexo) com os namorados. Seria muito decepcionante pra ele. Não queria dar desgosto, que eu tava grávida de novo”. (Talita)(p.136) (Sell, 2013)
A indução do aborto motivada pelas dificuldades financeiras, projetos de vida e limitação da prole (C)	“Falei pro meu marido que não queria aquela gravidez: sem dinheiro, morando lá, sem a mínima estrutura para criar mais um filho... Não é fácil, a gente ter que fazer uma “besteira”, mas eu não queria que meus filhos passassem fome e dificuldade como eu passei, entende? Nossas dificuldades financeiras eram muitas”. (Ruth) (p.136) (Sell, 2013)

“We can lose our life for the abortion”: exploring the dynamics shaping abortion care in peri-urban Yangon, Myanmar

Findings	Illustration
PAC (postabortion care) is available, but often inaccessible People (C)	“The nurses shout. They are angry, so they shout at the girls. So the girls aren’t happy at the hospital.” (p.479) (Sheehya et al, 2015)

Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study
(Shellenberg et al., 2011)

Findings	Illustration
Feelings of guilt (I)	“I felt like the most, the worst woman in the world . . . I got depressed again ... I cried and thought of the baby in my hands ... I felt really bad and I started taking [sleeping] pills again. And I took them every day, every single day. It was difficult for me to forget what I’d done. (Female IDI, Peru)”(p.121) (Shellenberg et al., 2011)
The presence of stigma (Shellenberg et al., 2011) (I)	“If a woman opts for abortion, people try to avoid her because they believe she is possessed and that can affect children and other women. They do not visit that woman’s home for sometime. They do not even want to pass by her house and they consider that they will get weak or sick if they talk about that woman. (Female FGD, Pakistan)” (p.S118) (Shellenberg et al., 2011)
Abortion as unacceptable	“I did not want my husband or family to know [about the

but necessary (I)	abortion] because of the rejection, but I feel I did the correct thing, the best for my family.”(p.S119) (Shellenberg et al., 2011)
Shame and secretiveness (C)	“I know if I had an abortion I wouldn’t tell Tom, Dick, and Harry. I might not even tell my closest friend. You know, like, you just don’t know [how other people feel about abortion]. (Female FGD, US)”(p.120) (Shellenberg et al., 2011)

Trajatória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade (Souza et al., 2010)

Findings	Illustration
Pedi dinheiro emprestado para abortar, gastou muito dinheiro e fez tudo sozinha (I)	“Pedi dinheiro emprestado, encontrei um colega meu aí pedi dinheiro emprestado, ele não queria dar, mas eu pedi até pelo amor de Deus, que ele me emprestasse, porque tava no início (da gestação). Ainda era mais fácil pra abortar. Aí ele me emprestou. Quem comprou na verdade não foi eu foi uma colega minha. [...]”E3 (p.735) (Souza et al., 2010)
Desconfiou, tomou chás, comprou misoprostol, tomou e aplicou via vaginal; tomou injeção para dilatar útero, usou sonda, foi para o hospital após hemorragia (C)	“[...] minha menstruação atrasou, eu não tava nem com 2 meses quando eu tomei o chá, são várias misturas. Comprei e fiz em casa, as meninas me ensinaram, e o pessoal que vende folha em barraca, me ensinou a fazer também chá de espinho cheiroso [...]”E3” (p.734) (Souza et al., 2010)
Tomou chá, 8 dias usou misoprostol, mas perdeu com a injeção para dilatar útero e a sonda. (C)	“[...] O médico me perguntou o que foi que eu tinha tomado, peguei falei: eu botei sonda mesmo. Aí ele perguntou: ainda existe isso? Aí eu disse oxê, lá no bairro ninguém usa cytotec, só bota sonda. O povo todo procura ela (pessoa do bairro que provoca). Aí ele: não sei ainda como ela não foi presa! Porque primeiro quando eu fui na casa dessa moça (que pratica o aborto) e ela fez lavagem em mim (via vaginal) e não desceu, aí ela disse que o jeito era botar a sonda. [...]”E8 (p.735) (Souza et al., 2010)

Experiences of induced abortion among a group of South African women (Suffla et al., 1997)

Findings	Illustration
Perceptions of coping (I)	“His presence was very important to me. I needed for him to be there for me, umm, to support me ... I had supportive friends, but it's not the same as having your partner there with you. It makes you feel like you can do this and you'll be fine”(p. 221) (Suffla et al., 1997)
Situational reasons (I)	“You need financial preparation, and I certainly couldn't afford to have a baby with my wages. Even if my boyfriend supported me, we still wouldn't have managed”(p.217) (Suffla et al., 1997)
Post-abortion psychological responses (I)	“I felt relieved because I could just get on with my life and not be burdened with the responsibility of having this child because I wasn't ready for it ”(p.220) (Suffla et al., 1997)
Personal reasons (I)	“From my religious perspective, it's not allowed. On that basis,

	my family and my community is vehemently opposed to it. But I feel differently. It's my body and it is my right to make decisions about it. I really feel strongly about that.”(p.216) (Suffla et al., 1997)
Procuring the abortion (I)	“Finding someone to do it wasn't a problem. One of my friends knew someone whose girlfriend had an abortion. He obtained the contact details ... all I had to do was make the phone call. It was strange ... I had to speak in coded language when called this woman, and she in turn spoke in codes. She indicated that she would perform the procedure at my house for security reasons. It would be safer to do it that way”(p.218) (Suffla et al., 1997)
The abortion procedure itself (I)	“I think he cut the placenta and I felt the blood and every- thing coming out. It was like birth pains and it lasted for two to three hours, but I didn't want to see the child”(p.219) (Suffla et al., 1997)
Treatment by abortion provider (I)	“He seemed to be pro-choice. He was understanding of my predicament ... he was very supportive, he took me home after he was done (Ferial).”(p.219) (Suffla et al., 1997)

“I Don’t Want to Go Anywhere Else”: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine (Summit et al., 2016)

Findings	Illustration
Abortion in the Family Medicine Setting: Initial Reactions (I)	“I didn’t like it, because...it was a very difficult, personal decision, so for me...it’s like basically revisiting that moment every time now I go back to the clinic.” (Participant (p.32) (Summit et al., 2016)
Privacy (I)	“Here it was more private and calm. Nobody knows what you’re doing. Ain’t nobody with no picket signs in front of the building.” (p.33) (Summit et al., 2016)
Convenience (I)	“Well, when I went to see my doctor...that’s when I found out I was pregnant. So, you know, I made the decision right there. Being that I didn’t have to wait and go someplace else, it was very convenient that she was able to...[make the appointment] while I’m still in the office and so it was very convenient, very fast and easy for me.” (p.33) (Summit et al., 2016)
Connection to Place (I)	“I think that it may just go back to it’s a safe place. You know, it’s years of coming here, and so I think it goes back to childhood, you know, like you just trust a setting and the people...I’m going to cry... it’s a lot of trust.” (p.32) (Summit et al., 2016)
Connection to Provider (I)	“He made me feel very comfortable, like I sat here and cried my ass off, and he was just like, ‘It’s alright, it’s okay.’... He’s like, you know, ‘It sounds like you got a plan.’ I’m like, you get me.” (Participant (p.32) (Summit et al., 2016)
Continuity of Care (I)	“That’s good. So that when you see your doctor, your doctor knows what was going on, you can follow up and make sure that you’re okay.” (p.33) (Summit et al., 2016)

Perspectivas de mulheres que vivenciaram o abortamento (Torres, 2013)

Findings	Illustration
Abortamento é um Fato que Marca Para Sempre (I)	“Nossa, é horrível. Eu acho que é a pior coisa [...] a sensação é horrível [...] Eu tô sofrendo bastante... [...] não quero passar por isso mais nunca em minha vida...[...]”. (Tulipa) (p.46) (Torres, 2013)
Atendimento (Des)Humanizado (I)	“O médico foi bastante generoso! Quando eu cheguei, ele percebeu que eu não sabia...! Ele me tratou muito bem, muito bem mesmo, porque ele percebeu que eu tava muito tensa, muito preocupada e eu falei pra ele o que eu achava o que estava acontecendo [achava que o sangramento era câncer de útero] e aí ele fez até uma brincadeira comigo para mim distrair [...]”. (Açucena) (p.56) (Torres, 2013)

Women and abortion: The past reaches into the present (Trybulski, 2006)

Findings	Illustration
Subconscious thoughts intrude (I)	“Donna reported: I can’t believe that any woman does it lightly. Of course people would think about it. I also think it is something you live with forever. I don’t think you ever finish with it. Just like any kind of death really, it is always there and I think it cycles through your experiences”. (p.686) (Trybulski, 2006)

A phenomenological exploration of Afrikaans women who have experienced an induced abortion (Walters, 2009)

Findings	Illustration
Anger (Walters, 2009) (NS)	“Ingrid: “Ek het myself in n straight jacket gaan sit, ek het myself gescar for life, maar um...ek is nou twee en veertig en ek was nege en dertig toe ek besluit het wel nou is dit genoeg...die kak moet nou stop. Ek het die waarheid begin sien vir wat dit was, ek het besef dat ek verby my fleur is. Ek het die prime time uit my lewe gevat, en dit maak my so kwaad om dit nou so te sien, dis so sad eintlik. Ek het gehuil vir daai mens wat n stuk van haarself verloor het”. (p.61) (Walters, 2009)
Guilt (I)	“Marelize: “ Um...there was guilt definitely, but at the same time I was also already on a different level spiritually, so you know, I accepted that these things happen by agreement, it was more...um...forgiving myself for being so...so weak. I did not want this, I felt pressurized, manipulated and not supported. Men were making a decision about my life. I was so weak; I was 20 at the time. The gynaecologist also encouraged us; he saw there was obviously a problem between us. I just felt ja, I just gave up, you know. I felt swept away by the whole process and this led to the ultimate break up of our marriage in the end. I resented him for making me go against my natural instinct to be a mother that was all I wanted, I feel so guilty about that still”. (p.50) (Walters,

	2009)
Secrecy (I)	“Abortion is stigmatized and if you have it you are burdened down by the guilt and the shame, that is what I see with the people who belong to this club, it’s the guilt and the shame. I should be able to say to you now that you can use my name and not change it and that I want to stand on a podium and speak to hundreds of women about it and say don’t be ashamed it’s a part of your life story and you did not kill anyone, but I can’t”. (p.54) (Walters, 2009)

5.3 ARTIGO 3

MARCADORES DE GÊNERO NA SAÚDE DAS MULHERES COM HISTÓRIA DE ABORTAMENTO INDUZIDO - CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO

Patrícia Figueiredo Marques¹

1 Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Graduação em Enfermagem.

Corresponding author:

Patrícia Figueiredo Marques

Email: pfmenf@ufrb.edu.br / pfmenf@yahoo.com

Fontes de financiamento: Bolsa para doutorado do Programa de Bolsas (PROGBOL) da Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia – FAPESB

Resumo: O estudo teve como objetivo construir marcadores de gênero para saúde das mulheres com história de abortamento, a partir de revisão sistemática sobre a experiência de mulheres submetidas ao abortamento induzido resultante de gravidez não planejada. Trata-se de estudo de desenvolvimento metodológico, de abordagem qualitativa, no qual utilizou-se revisão sistemática qualitativa, baseada na proposta do Joana Briggs Institute (JBI), para identificar elementos de gênero presentes nos resultados de pesquisas sobre experiências de mulheres submetidas ao aborto induzido, resultante de gravidez não planejada. Mediante a técnica de análise temática, segundo Minayo, realizou-se a interpretação dos resultados na perspectiva de gênero, identificando os elementos e contruindo assim os marcadores de gênero, organizados por congruência. O instrumento com os marcadores foi elaborado mediante elaboração de perguntas que representassem os elementos de gênero e possibilitassem a melhor compreensão pela usuária e planejamento de ações pela equipe de saúde no cuidado da mesma. Os marcadores construídos foram: Responsabilização da mulher pela contracepção e pela ocorrência da gravidez, participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher pelo aborto, dificuldades financeiras como razão para o aborto, aborto por decisão pessoal, participação de amigas/os no processo de decisão da mulher pelo aborto, sentimentos vivenciados pelas mulheres em consequência do aborto, atendimento profissional de saúde no processo de abortamento e adoção de posição política pela descriminalização do aborto. Em conclusão, os marcadores retratam a experiência de mulheres que se submeteram a um aborto, com fortes elementos de gênero. O instrumento, após validação, poderá ser aplicado junto a usuárias na atenção básica à saúde.

Descritores: aborto induzido; marcadores sociais da diferença; atenção básica; relações de gênero; enfermagem.

Descriptors: induced abortion; social difference markers; gender relations; nursing;

Descritores: aborto inducido; marcadores sociales de la diferencia; basic attention; relaciones de género; enfermería.

Introdução

O aborto no Brasil apresenta uma legislação restritiva que permite o acesso nos casos de risco de vida para a mulher, gravidez resultante de violência sexual ou em caso de anencefalia. As políticas públicas de saúde, relacionadas ao cumprimento desse direito, ainda têm problemas associados ao modo como médicos lidam com a legislação (MADEIRO; DINIZ, 2016).

O aborto inseguro, por sua vez, representa um problema de saúde pública, pois a criminalização não impede que as mulheres o realizem como desfecho para a gravidez não planejada. Em condições de clandestinidade, mulheres são submetidas a riscos em meio a conflitos que envolvem a decisão, a rede de apoio, o acesso a recursos e ao local e a realização do procedimento.

No Brasil, a mortalidade materna é de 72,3 óbitos por 100.000 nascidos vivos e tem o aborto como 4ª causa, tendo esta ocorrência estimada em 17 abortos inseguros/1.000 mulheres em idade fértil, sem considerar as subnotificações (MARTINS-MELO et al., 2014). Essa realidade desencadeou demandas do movimento feminista para o atendimento das mulheres em situação de abortamento. Cobram-se os compromissos assumidos pelo Brasil nas Conferências do Cairo (1994) e Beijing (1995) e, mais recentemente, com os Objetivos do Milênio relacionados à melhoria da saúde materna.

No país, norma técnica para o atendimento humanizado ao abortamento criada em 2005 foi atualizada em 2011 e busca reestruturar a assistência prestada, a fim de torná-la qualificada, com acolhimento à mulher e respeito à sua individualidade, promovendo também ações educativas sobre planejamento reprodutivo para prevenir gestações imprevistas (SANTOS; BRITO, 2016).

A aplicabilidade dessa norma implica na atenção à mulher em todo o itinerário dentro do serviço hospitalar, desde a busca do serviço até a alta hospitalar e referência ao serviço de planejamento reprodutivo. A norma técnica visa, também, a prevenir condutas profissionais violentas, tais como, demora para atendimento à mulher em situação de abortamento, não

prescrição de fármacos para alívio da dor e diálogos coercitivos, mas há mulheres que ainda vivenciam essas situações (ROCHA; UCHOA, 2013).

No processo de atendimento, várias/os profissionais de saúde estão envolvidas/os, entre essas/es a equipe de enfermagem. Devem desenvolver um conjunto de práticas direcionadas aos cuidados integrais, com escuta sensível que contribua para resolutividade das demandas das mulheres. Entretanto, ainda há entre profissionais uma visão técnica e julgamentos morais, negligenciando a pessoa a ser cuidada e o contexto de ocorrência das gestações (CARNEIRO et al., 2013; SANTOS; BRITO, 2016).

Múltiplos fatores participam da ocorrência de uma gravidez não planejada, entre eles, os relacionados com a construção da identidade feminina que naturaliza a maternidade. Todavia, acesso a informações e a meios que possibilitam escolhas contraceptivas, bem como as características da relação com o parceiro são fatores que se interseccionam na sua ocorrência (FARIA et al., 2012). Quando o aborto é o desfecho, o apoio do parceiro e as condições socioeconômicas estão fortemente presentes na decisão, e a experiência das mulheres será facilitada em situação de compartilhamento de responsabilidades (SANTOS; BRITO, 2014; CARVALHO, 2015).

O apoio do parceiro e da família é decisivo para continuidade da gravidez ou para seu término em aborto. A assunção de responsabilidades pelo parceiro com compartilhamento das decisões e das consequências do aborto dá ao processo o caráter de corresponsabilidade e há de se investir na oferta de serviços e de ações que busquem proteger a mulher de uma nova experiência (BERALDO; MAYORGA, 2017).

Diante desse contexto, a elaboração de instrumentos que possam contribuir no planejamento de ações para o processo de elaboração do plano de alta para mulheres pós-curetagem é importante para qualificar o cuidado, sob a perspectiva de valorizar elementos de gênero nas experiências das mulheres, o que também envolve relações familiares e institucionais.

Na atenção básica, em que mulheres em idade reprodutiva constituem a maior demanda, aquelas com história de abortamento transitam entre os programas oficiais e, quase sempre, as informações sobre o aborto não passam de indagações técnicas em anamneses, sem avançar para análise das condições apresentadas pela mulher para a não recorrência. Portanto, desconsidera-se o contexto em que as mulheres vivenciam suas experiências reprodutivas, o que requer redirecionamento de práticas e meios que facilitem à equipe lidar com demandas de mulheres com história de abortamento.

A possibilidade de oferecer ao sistema de saúde subsídios para fomentar a incorporação da perspectiva de gênero às práticas em saúde, particularizada neste estudo pela atenção a mulheres submetidas ao abortamento induzido, com base na experiência vivenciada, nos instiga à construção de marcadores de gênero.

Incluem-se entre os marcadores sociais da diferença, campo de estudo das ciências sociais que tenta explicar como são constituídas socialmente desigualdades e hierarquias entre as pessoas. Quando a diferença implica um lugar desigual para os indivíduos na sociedade, estabelece-se o marcador social da diferença (MOUTINHO, 2014).

Esses sinalizadores de desigualdades também podem ser identificados nas relações das usuárias com as práticas de saúde e com profissionais e impactam no processo de cuidado desenvolvido nos serviços (DE-LA-TORRE-UGARTE-GANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; VAL, NICHATA, 2014).

Assim, o objetivo desta pesquisa foi construir marcadores de gênero para saúde das mulheres com história de abortamento, a partir de revisão sistemática sobre a experiência de mulheres submetidas ao aborto induzido resultante de gravidez não planejada.

Método

Estudo de desenvolvimento metodológico (POLIT; BECK, 2011) com abordagem qualitativa que consistiu em construir marcadores de gênero, a partir de revisão sistemática sobre a experiência de mulheres com história de abortamento induzido. O intuito é viabilizar, após validação, um instrumento para o cuidado à mulher com história de abortamento, na atenção básica.

A utilização de revisões para construção de instrumentos de marcadores sociais da diferença para atenção primária à saúde é consolidada pela existência e validação de ferramentas que verificam a adesão ao tratamento da tuberculose (CAVALCANTE, 2012), a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV (DE-LA-TORRE-UGARTE-GANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2013) e a vulnerabilidade da pessoa com insuficiência cardíaca (CESTARI, 2017).

O instrumento compreende um manual operacional que reúne orientações para a/o profissional que irá aplicá-lo, particularmente enfermeiras, que estão à frente das ações a que o instrumento de marcadores se destina na atenção básica, e uma planilha. Os marcadores visam a identificar e mensurar as demandas das mulheres com história de abortamento influenciadas pelas relações de gênero.

O instrumento de marcadores de gênero para saúde das mulheres com história de abortamento foi construído mediante o enfoque de gênero. Elementos de gênero foram identificados nos resultados de uma revisão sistemática qualitativa, baseada na proposta do Joana Briggs Institute (JBI) (AROMATARIS; MUNN, 2017), sobre experiências de mulheres submetidas ao aborto induzido resultantes de gravidez não planejada.

Os resultados da RS foram agrupados por congruência, respeitando a distribuição das informações advindas de 15 metassínteses. Essas foram elaboradas a partir de 51 categorias construídas, partindo-se dos resultados de 42 estudos primários qualitativos que contribuíram com 200 findings.

Os elementos de gênero nas experiências de mulheres submetidas ao aborto induzido resultantes de gravidez não planejada foram identificados nas categorias dos estudos primários, aqui chamadas findings. Após a identificação dos elementos, fez-se uso da proposta de análise temática segundo Minayo (MINAYO, 2013). Esses elementos foram agrupados por convergência e subsidiaram a construção dos marcadores de gênero para saúde das mulheres com história de abortamento.

A seleção dos findings e das categorias da revisão, utilizadas para construção dos elementos e marcadores, ocorreu sob o olhar de gênero. Esse está fundamentado em Scott (2000), segundo a qual as relações sociais são fundadas nas diferenças perceptíveis entre os sexos, e as mesmas representam relações de poder.

Além da aplicação da perspectiva de gênero, foram utilizados os princípios da validação de conteúdo para elaboração de perguntas que representassem de forma explícita e objetiva os elementos de gênero para a usuária e possibilitasse à equipe de saúde planejar o cuidado a ser prestado na atenção primária.

A validação concede legitimidade e confiabilidade aos instrumentos a serem utilizados na pesquisa e na prática (TIBÚRCIO et al., 2014; MONTEIRO; HORA, 2014; MEDEIROS et al., 2015). Diante desse referencial, o processo de composição dos elementos e marcadores apropriou-se dos princípios que norteiam as reflexões e as propostas de Minayo (2009), Pasquali (2015) e nas experiências de construção de marcadores sociais da desigualdade segundo Cavalcante (2012) e Guanillo, Takahashi, Bertolozzi (2014). Consideraram-se ainda os requisitos utilizados por Oliveira et al. (2015) e Pereira e Alvim (2015), tais como: utilidade/pertinência (1), consistência (2), clareza (3), objetividade (4), simplicidade (5), exequível (6), atualização (7), vocabulário (8), precisão (9) e sequência instrucional de tópicos (10).

Ainda fazendo uso da proposta de análise temática segundo Minayo (MINAYO, 2013), os marcadores e seus respectivos elementos e perguntas foram sistematizados por convergência em dimensões temáticas.

Os aspectos éticos foram respeitados em todo o processo, desde a realização da revisão e a elaboração dos marcadores por meio do cumprimento do compromisso de imparcialidade e impessoalidade na reprodução até a análise do material.

Resultados

Mediante a aplicação da proposta estabelecida na metodologia, foram elaborados oito marcadores de gênero, compostos por 56 elementos, a partir da experiência de mulheres que vivenciaram a experiência do abortamento induzido e 65 perguntas que representam esses elementos e foram distribuídas por convergência em seis dimensões temáticas, aqui chamadas partes.

Quadro 3 - Marcadores e elementos de gênero elaborados a partir dos resultados obtidos com a revisão sistemática segundo Joanna Briggs Institute, Salvador-Ba. 2018

ID.*	ELEMENTOS DE GÊNERO	Questões para o instrumento a ser usado na atenção básica para mulheres que já abortaram (Construídas a partir dos elementos de gênero da Revisão Sistemática)	MARCADOR
1ª parte- Responsabilidade pela contracepção e pela gravidez			
MARCADOR 1	A mulher tem Pouca informação em contracepção	<p>Você tem parceiro sexual atualmente? O que você sabe sobre contracepção? Quais os métodos contraceptivos que você conhece? Quais os métodos contraceptivos que você considera mais seguros? Você considera que usa contraceptivos de modo correto? Você usa contraceptivo? Se resposta positiva: Qual? Como você usa?</p> <p>Se resposta negativa: Qual a razão para não usar?</p> <p>Se o método for de uso diário ou de barreira: Você esqueceu de usar? Se resposta positiva: o que você fez depois?</p> <p>Quando você engravidou seu parceiro reconheceu a reponsabilidade dele pela gravidez?</p> <p>Reconheceu a paternidade e te deu apoio?</p>	Responsabilização da mulher pela contracepção e pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades
	A mulher não acredita que a gravidez pode acontecer com ela	Quando você tem relações sexuais, acredita que pode ficar grávida?	
	A mulher assume a responsabilidade pela contracepção	Na sua experiência, de quem é a responsabilidade pela contracepção?	
	A mulher não inclui o parceiro na responsabilidade pela ocorrência da	Seu parceiro colabora para evitar a gravidez?	

	gravidez	Você e seu parceiro conversam sobre como prevenir-se de uma gravidez indesejada?	
	O parceiro é resistente ao uso da camisinha	Em relação ao uso da camisinha: Seu parceiro gosta e usa camisinha? Seu parceiro(s) não gosta(m), mas usa(m) camisinha Seu parceiro(s) não gosta(m) e não usa camisinha?	
	O parceiro não usa camisinha mesmo sabendo que a mulher não se adapta ao contraceptivo hormonal	Você se dá bem com contraceptivo hormonal? Você usa contraceptivo hormonal e o parceiro usa camisinha? Ao não se dar bem com contraceptivo hormonal seu parceiro usa camisinha? Mesmo você não se dando bem com o contraceptivo hormonal, seu parceiro(s) não usa(m) camisinha?	
	A mulher tem relações sexuais sem camisinha porque o parceiro alega perda de sensibilidade	Em situações de não uso da camisinha: Qual(is) a(s) razão (ões) que seu parceiro alega para não usar a camisinha?	
ID.*	ELEMENTOS DE GÊNERO	Questões para o instrumento a ser usado na atenção básica para mulheres que já abortaram (Construídas a partir dos elementos de gênero da Revisão Sistemática)	MARCADOR
2ª parte- Decisão pelo aborto			
MARCADOR 2	A mulher aborta por recusa da gravidez pelo parceiro	Quando você engravidou recebeu apoio do seu parceiro?	Participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher
	O parceiro fica feliz com a gravidez, mas a mulher faz o aborto em sigilo	Você decidiu pelo aborto, mesmo seu parceiro querendo a gravidez?	
	A mulher decide pelo aborto e recebe apoio do parceiro	Quando você decidiu pelo aborto, seu parceiro:	

	A mulher pede apoio ao parceiro, mas ele se nega e se ausenta do processo	Apoiou sua decisão?	pele aborto
	O parceiro não reconhece a paternidade e não dá apoio	Assumi responsabilidade junto com você?	
	A mulher decide pelo aborto por receio de se repetir experiência de abandono em relacionamento anterior	A insegurança em relação ao apoio do parceiro influenciou para que você decidisse pelo aborto?	
	A mulher decide pelo aborto por receio de não ter apoio do parceiro		
	A mulher decide pelo aborto na ausência de relacionamento fixo	Você decidiu pelo aborto por não estar num relacionamento fixo?	
	A mulher não compartilha a gravidez e faz o aborto em sigilo	Você contou ao parceiro que ia fazer o aborto?	
	A mulher aborta por imposição do parceiro	Você recebeu pressão de seu parceiro para fazer o aborto?	
	A mulher aborta por pressão de membro da família	Você recebeu pressão de alguém de sua família para fazer o aborto?	
	A mulher aborta por medo de não aceitação pela família	Você decidiu pelo aborto por medo de sua família não aceitar?	
MARCADOR 3	A mulher decide pelo aborto por falta de condições financeiras	Qual(is) a(s) sua(s) razão(ões) para decidir pelo aborto: - Por não ter condições de criar um/a filho/a? - Por não ter condições para criar mais uma criança? - Para não perder o emprego? - Por estar desempregada? - Porque iria ficar dependente do parceiro ou família? - Outros motivos?. Quais?	Dificuldades financeiras como razão para o aborto
	A mulher decide pelo aborto por receio de perder o emprego		
	A mulher decide pelo aborto em situação de desemprego		
	A mulher decide pelo aborto por dificuldades financeiras e número de filhos suficiente		
	A mulher decide pelo aborto para não perder a independência financeira		

MARCADOR 4	A mulher decide pelo aborto por curto intervalo entre gestações	Sua decisão pelo aborto, foi devido a: - Querer intervalo maior entre as gestações - Se considerar muito jovem - Não te impedir de realizar seus planos - Não visualizar outra solução para uma gravidez não planejada? - Outras razões: Quais?	Aborto por decisão pessoal
	A mulher decide pelo aborto por se considerar jovem para a maternidade		
	A mulher decide pelo aborto para não interromper conquistas e projetos de vida		
	O aborto torna-se a solução para situações em que não se visualiza alternativas		
ID.*	ELEMENTOS DE GÊNERO	Questões para o instrumento a ser usado na atenção básica para mulheres que já abortaram (Construídas a partir dos elementos de gênero da Revisão Sistemática)	MARCADOR
3ª parte- Rede de apoio pela decisão pelo aborto			
MARCADOR 5	Amigas/os apoiam a mulher na ausência do parceiro	Suas/seus amigas/os te apoiaram na decisão pelo aborto? Na ausência do seu parceiro, você teve apoio de suas/seus amigas/os na decisão pelo aborto?	Participação de amigas/os no processo de decisão da mulher pelo aborto
	Amigas/os dão ajuda financeira para viabilizar o aborto	Suas/seus amigas/os te apoiaram com ajuda financeira para realizar o aborto?	
	Fatores religiosos influenciam amigas/os a não dar apoio	Suas/seus amigas/os não te apoiaram na decisão por causa de suas crenças e religião?	
	Amigas/os escutam e apoiam a decisão da mulher sem julgamento	Elas(es) te julgaram por decidir abortar? Você recebeu apoio de outras pessoas? Quem?	
	A auto determinação da mulher supera conselhos de natureza religiosa contrários ao aborto	Você considerou sua formação religiosa na decisão pelo aborto?	
	O aborto é uma experiência de solidão e abandono pela falta de apoio	Você não teve apoio do parceiro e se sentiu: - Forte e segura com a sua decisão? - Solitária e abandonada? - Insegura? - Teve medo?	

		- Outros sentimentos: Quais?	
ID.*	ELEMENTOS DE GÊNERO	Questões para o instrumento a ser usado na atenção básica para mulheres que já abortaram (Construídas a partir dos elementos de gênero da Revisão Sistemática)	MARCADOR
4ª parte- Atenção no processo de abortamento			
MARCADOR 6	Profissional de saúde atende a mulher com acolhimento e sem julgamentos.	Quando você procurou o serviço as(os) profissionais de saúde: - Acolheram você e escutaram suas necessidades? - Atenderam sem julgamentos? - Orientaram você e tiraram suas dúvidas ? - Você se sentiu respeitada? - Houve demora no atendimento? Em caso de uma ou mais respostas negativas, comente sua insatisfação	Atendimento profissional de saúde no processo de abortamento
	Profissional retarda o atendimento da mulher que aborta, só executando técnicas e desconsiderando a pessoa.		
	Profissional de saúde não orienta a mulher durante o processo.		
	Profissional de saúde orienta e tira dúvidas da mulher durante todo o processo		
	Profissional julga e desrespeita a mulher por sua decisão em abortar		
	Profissional retarda o atendimento da mulher que aborta		
ID.*	ELEMENTOS DE GÊNERO	Questões para o instrumento a ser usado na atenção básica para mulheres que já abortaram (Construídas a partir dos elementos de gênero da Revisão Sistemática)	MARCADOR
5ª parte- Período Pós-abortamento			
MARCADOR 7	A mulher sente-se culpada e pode entrar em depressão, em especial por não se opor à decisão do parceiro e diante de valores morais e religiosos	- Como você se sentiu após o aborto?	Sentimentos vivenciados
	A mulher sente-se arrependida		
	A mulher sente-se criminosa		
	A mulher sente alívio pós-curetagem,		

	<p>enxerga oportunidade de reconstruir a vida, mas também pode sentir-se vazia e culpada</p> <p>A mulher tem certeza do aborto como melhor decisão</p> <p>O aborto gera vergonha e estigma</p> <p>O aborto requer sigilo para evitar estigma</p> <p>O estigma do aborto produz isolamento social da mulher</p> <p>O aborto é uma experiência pesada que fica para sempre</p> <p>A mulher sente tristeza e arrependimento</p> <p>A experiência do aborto é pessoal causa sofrimento, sendo uma decisão muito difícil e dolorosa de ser tomada.</p>		pelas mulheres pós o aborto
5ª parte- Posição Política Pós-Aborto			
MARCADOR 8	<p>A mulher reafirma posição política na defesa da descriminalização do aborto</p> <p>A mulher se sensibiliza para descriminalização do aborto</p> <p>A experiência do aborto muda a percepção da mulher sobre criminalização</p>	Não se aplica	Adoção de posição política pela descriminalização do aborto

Fonte: elaborado pelas autoras. Legenda: ID.* identificação.

O marcador referente a sentimentos que entra na parte do pós-aborto está fortemente permeado por culpa, arrependimento, sensação de ser criminosa, ambiguidade entre alívio, culpa e vazio, vergonha, necessidade de sigilo, estigma, medo do isolamento social, de morrer, sofrimento emocional, percepção de estar abandonada e sozinha. Os elementos de gênero que o compõem foram identificados na literatura científica internacional em pesquisas que tratam da experiência de mulheres com o aborto induzido. Nesse sentido, para fins de validação com possibilidade de aplicabilidade no cuidado à saúde da mulher que aborta na atenção básica, levou-se em consideração a possibilidade por serem fortemente marcados por emoções e, ao serem aplicados, podem exacerbar ou desencadear sentimentos presentes ou latentes que potencializam culpa, arrependimento e a criminalização da mulher. Por isso, não serão formuladas questões em correspondência a esses elementos, sendo feita apenas uma pergunta aberta, para que a mulher expresse de forma livre como se sentiu. A resposta definirá a abordagem profissional dirigida a apoiar a mulher em possíveis fragilidades, esclarecer e oferecer meios para evitar a recorrência da gravidez não planejada e do aborto.

Os marcadores de gênero foram dirigidos à construção de um instrumento para uso para rede de atenção, o Marcador 8 que diz respeito à adoção de posição política sobre o aborto não se aplica para esse fim.

Discussão

O aborto induzido compreende um complexo itinerário que se inicia com a descoberta da gravidez e pode não ter um fim pela contínua lembrança da decisão tomada, do procedimento e dos sentimentos associados. O impacto na saúde da mulher brasileira em que o aborto constitui problema de saúde pública pode ser morbidade associada ou a possibilidade de morte por condições insalubres na realização do procedimento, demora na busca pelo serviço, ao surgirem manifestações clínicas de complicações. A apreciação superficial sobre a decisão de interromper a gravidez na ótica de certo ou errado restringe a possibilidade de evitar sequelas na saúde das mulheres sem acesso a recursos básicos de saúde, como a contracepção (SANTOS; SILVEIRA, 2017).

A primeira dimensão temática “**Responsabilidade pela contracepção e pela gravidez**” é composta pelo primeiro marcador “**Responsabilização da mulher pela contracepção e pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades**”. Esse marcador que dá evidência às relações de gênero é a responsabilização da mulher pela contracepção, pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades associadas. Alguns elementos envolvidos são a pouca informação

sobre os métodos contraceptivos (ELAMIN; FAZARI; ELMUSHARAF, 2017) e o “pensamento mágico” de que a gravidez não pode acontecer com ela (EKSTRAND et al., 2009), expondo-a assim ao risco.

As relações de gênero também estão presentes, quando a mulher assume a responsabilidade pela contracepção (EKSTRAND et al., 2009) e não inclui o parceiro na responsabilidade pela ocorrência da gravidez (ELAMIN; FAZARI; ELMUSHARAF, 2017), privando-se de exercer plenamente seu direito reprodutivo e se mantendo numa relação em que o homem se encontra em vantagem e em posição de poder. Outro elemento de gênero se mostra, quando o parceiro é resistente ao uso da camisinha (RIBEIRO, 2014), não usa mesmo sabendo que a mulher não se adapta ao contraceptivo hormonal (RIBEIRO, 2014), e a mulher cede ao ter relações sexuais desprotegida, porque ele alega perda de sensibilidade (RIBEIRO, 2014), mais uma vez numa relação marcada pela desigualdade.

A segunda dimensão temática **“Decisão pelo aborto”** é composta por três marcadores: **“Marcador 2- Participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher pelo aborto”**; **“Marcador 3-Dificuldades financeiras como razão para o aborto”** e **“Marcador 4- Aborto por decisão pessoal”**.

O segundo marcador **participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher pelo aborto**. Nesse se busca identificar a participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher. Entre os elementos de gênero que o compõem estão as situações nas quais a mulher decide pelo aborto e recebe apoio do parceiro (EKSTRAND et al., 2009; CARVALHO, 2015). Esse elemento pode ser identificado como positivo, por ser uma situação de autodeterminação e possível exercício da autonomia e corresponsabilidade no planejamento reprodutivo. Porém, pedir apoio ao parceiro, ele se negar e se ausentar do processo é também uma realidade (SANTOS, 2013; MOTTA, 2016), sobrecarregando-a emocionalmente e desencadeando sentimentos diversos. Situações em que o parceiro fica feliz com a gravidez (CHUMPITAZ, 2003), em que a mulher não compartilha a descoberta da gravidez e faz o aborto em sigilo (CHUMPITAZ, 2003; SANTOS, 2013) expressam autodeterminação da mulher. Elementos ainda associados à relação com o parceiro dizem respeito à decisão da mulher por receio de se repetir experiência de abandono em relacionamento anterior (CHUMPITAZ, 2003), por ausência de relacionamento fixo (KIRKMAN et al., 2010; REBOUÇAS, 2010; NDUNYU, 2013; CARVALHO, 2015), por negação do parceiro em reconhecer a paternidade (MILANEZ, 2014), por receio de não ter apoio do parceiro (OMIDEYI et al., 2011), por recusa da gravidez pelo parceiro

(CHUMPITAZ, 2003; MILANEZ, 2014) e ainda por imposição do parceiro (CHUMPITAZ, 2003; KIMPORT;FOSTER; WETTZ, 2011; SANTOS, 2013), o que em todos os casos compromete o exercício dos direitos reprodutivos.

Ainda relacionados a esse marcador, a pressão de membro da família (OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; EKSTRAND et al., 2009; REBOUÇAS, 2010; SANTOS, 2013; DOMINGOS et al., 2013; ODURO; OTSIN, 2014; RIBEIRO, 2014; GONZAGA, 2015; MOTTA, 2016) ou a pressão conjunta (parceiro e membro da família) (RIBEIRO, 2014; MOTTA, 2016) ou o medo de não aceitação pela família (GRECHINSKI, 2014; MILANEZ, 2014), na qual vivencia solidão e abandono pela falta de apoio (PÉREZ, 2006), impulsionam a mulher a realizar ou decidir pelo aborto.

O terceiro marcador, **dificuldades financeiras como razão para o aborto**, apresenta como objetivo explicitar como dificuldades financeiras participam da decisão da mulher pelo aborto. Os elementos que o representam relacionam-se às razões pela decisão da mulher alusivas aos aspectos socioeconômicos. Assim, a falta de condições financeiras (SUFFLA, 1997; CHUMPITAZ, 2003; PEREIRA et al., 2012; SELL, 2013; MILANEZ, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; RIBEIRO, 2014; CARVALHO, 2015; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016), o receio de perder o emprego (CHUMPITAZ, 2003; OMIDEYI et al., 2011), situação de desemprego (PEREZ, 2006), a associação das dificuldades financeiras e percepção de número de filhos suficiente (KIRKMAN et al., 2010; PEREIRA et al., 2012) e para não perder sua independência financeira (PEREIRA et al., 2012) que interdependente com o suporte ou pressão do parceiro/ família influenciam na decisão da mulher.

O quarto marcador, **aborto por decisão pessoal**, visa a identificar situações em que o aborto se dá por decisão pessoal. Nesse os elementos estão associados ao curto intervalo entre gestações (REBOUÇAS, 2010; ODURO; OTSIN, 2014; NAVEED; SHAIKH; NAWAZ, 2016), a se considerar jovem para a maternidade (CHUMPITAZ, 2003; PEREZ, 2006; KIRKMAN et al., 2010; SANTOS, 2013; MILANEZ, 2014; MANN et al., 2015) e por não querer interromper conquistas e projetos de vida (CHUMPITAZ, 2003; HESS, 2004; OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005; PEREZ, 2006; GRECHINSKI, 2014; RIBEIRO, 2014).

A terceira dimensão, **“Rede de apoio pela decisão pelo aborto”**, composta pelo **“Marcador 5 - Participação de amigas/os no processo de decisão da mulher pelo aborto”**. O quinto marcador objetiva identificar formas de participação de amigas/os, no processo de decisão da mulher pelo aborto. Os elementos de gênero apresentam-se no processo de

solidariedade, representado pelas amigas/os que apoiam a mulher na ausência do parceiro (SUFFLA, 1997), escutando e apoiando a decisão da mulher sem julgamento (CHUMPITAZ, 2003; LARREA; ORELLÁN; LARREA, 2016), ajudando financeiramente para viabilizar o aborto (SOUZA et al., 2010), no itinerário vivenciado. Todavia, a expressão das relações de gênero também está presente, quando fatores religiosos influenciam amigas/os a não dar apoio (KIMPORT; FOSTER; WEITZ, 2011; RIBEIRO, 2014) e mesmo assim a autodeterminação da mulher supera esses conselhos (SUFFLA, 1997), sem se permitir ser coagida, são elementos importantes a serem considerados. Outra situação a ser considerada é a percepção da mulher do aborto como solução para situações em que não se visualizam alternativas (RIBEIRO, 2014), talvez por se sentir abandonada e sozinha.

A quarta dimensão “**Atenção no processo de abortamento**” é composta pelo “**Marcador 6- Atendimento profissional de saúde no processo de abortamento**”. O sexto marcador tem como objetivo identificar sentimentos que acompanham a mulher na experiência do aborto. Os elementos que representam esse marcador são representados por situações em que a mulher se sente culpada (PEREZ, 2006; OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005), pode entrar em depressão (HESS, 2004; SHELLENBERG et al., 2011), culpa-se por não se opor à decisão do parceiro (WALTERS, 2009) ou diante de valores morais e religiosos (REBOUÇAS, 2010; MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; GRECHINSKI, 2014). Também pode sentir-se arrependida (PEREZ, 2006; FONSECA; SANTOS, 2009), triste (PEREZ, 2006) e criminosa (SANTOS, 2013; PEREZ, 2006).

Todavia, pode sentir-se aliviada pós-curetagem (PEREZ, 2006) e ter oportunidade de reconstruir a vida (SUFFLA, 1997; EKSTRAND et al., 2009), por ter a certeza do aborto como melhor decisão (GONZAGA, 2015). Sentir-se vazia (RIBEIRO, 2014) ou de forma ambivalente com alívio e culpa é uma realidade (RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014).

Nesse complexo de sentimentos durante a experiência, a decisão de abortar pode gerar vergonha e estigma (WALTERS, 2009), o que conduz a mulher a manter sigilo para evitá-lo, bem como (SHELLENBERG et al., 2011; NDUNYU, 2013; CARVALHO, 2015) o isolamento social (SHELLENBERG et al., 2011; OMIDEYI et al., 2011).

Outro elemento entre os sentimentos desencadeados pelas relações de gênero é considerar o aborto, para algumas mulheres, como uma experiência pesada que fica para sempre (HESS, 2004; TRYBULSKI, 2006), causa sofrimento (PEREZ, 2006, SANTOS; BRITO, 2014; REBOUÇAS, 2010), sendo muito difícil (TORRES, 2013; RIBEIRO, 2014;

SUMMIT et al., 2016) e considerando ser uma decisão difícil e dolorosa de ser tomada (MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; NDUNYU, 2013).

A quinta dimensão temática “**Período Pós-abortamento**” é composta pelo “**Marcador 7- Sentimentos vivenciados pelas mulheres pós-aborto**”. O sétimo marcador objetiva explicitar como se deu o atendimento de profissional de saúde, no processo de abortamento. Os elementos de gênero representam aspectos positivos nas relações entre profissional de saúde e a mulher, ao atenderem com acolhimento e sem julgamentos (SUFFLA, 1997; REBOUÇAS, 2010; SANTOS, 2013; SUMMIT et al., 2016), orientando e tirando dúvidas durante todo o processo ((RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014). Todavia, também aponta os negativos como julgamento e desrespeito à mulher por sua decisão em abortar (CARNEIRO et al., 2013; SHEEHY; AUNG; FOSTER, 2015), retardo no atendimento (CARNEIRO et al., 2013), não promoção de ações para aliviar a dor da mulher (CARNEIRO et al., 2013), só executando técnicas e desconsiderando a pessoa (CARNEIRO et al., 2013), não orientando durante o processo (FARIA et al., 2012, MUKKAVAARA; ÖHRLING; LINDBERG, 2012; NDUNYU, 2013).

A sexta e última dimensão “**Posição Política Pós-Aborto**” é composta pelo “**Marcador 8- Adoção de posição política pela descriminalização do aborto**”. O oitavo e último marcador objetiva identificar o posicionamento político das mulheres, após experiência do aborto. Os elementos estão representados pela reafirmação da posição política na defesa da descriminalização do aborto (HESS, 2004; CARVALHO, 2015), sensibilização para descriminalização do aborto (RIBEIRO, 2014) e mudança da percepção da mulher sobre criminalização após sua experiência (REBOUÇAS, 2010). Todos representam conquista para a mulher na construção do exercício de sua cidadania reprodutiva.

O instrumento construído contendo os marcadores contribuirão no processo de trabalho de profissionais, particularmente de enfermeiras/os, ao permitir sistematizar informações úteis para planejar ações específicas para orientações e encaminhamentos na atenção básica das usuárias.

Conclusão

Os marcadores de gênero, para mulheres com história de abortamento apresentados neste estudo, estão presentes nas experiências de mulheres que abortaram por gravidez não planejada. Sua elaboração, sob os princípios avaliativos para validação de conteúdo, permite que essa etapa possa ocorrer em futuro próximo com avaliação da credibilidade e da

viabilidade de uso na atenção básica. Assim, poderá se constituir instrumento a ser utilizado na prática de cuidados pelas/os profissionais de saúde, sobretudo pelas enfermeiras/os.

Os marcadores sociais construídos retratam a experiência de mulheres que se submeteram a um aborto, com fortes elementos de gênero, no processo de ocorrência da gravidez, na decisão pelo aborto, na busca de recursos e locais e na sua realização. Ressaltam-se também os desdobramentos dessa experiência marcada por sentimentos que envolvem um sistema simbólico em torno da gravidez e da maternidade, construído ao longo da formação da identidade de gênero.

O instrumento será encaminhado para cumprir o processo de validação. Porém, para sua efetiva implantação, torna-se indispensável elaborar ações educativas junto às equipes profissionais, com destaque para as enfermeiras, a fim de aproximá-las de uma perspectiva de atenção livre de julgamentos morais sobre a decisão das mulheres em abortar. Constituirá também espaço para identificar outras demandas que possam ser valorizadas no cuidado.

Referências

BERALDO, A.; MAYORGA, C. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1141-57, 2017.

CARNEIRO, M. F. et al. “Largada sozinha, mas tudo bem”: Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 45, p. 405-18, 2013.

CAVALCANTE, E. G. R. **Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Uma proposta para a Atenção Primária à Saúde**. 2012, 203f. Tese (Doutorado) Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARVALHO, A. B. DE. **O processo de decisão pelo aborto : as experiências das mulheres em foco**. 2015, 217f. Dissertação (mestre em psicologia) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

CESTARI, V. R. F. **Vulnerabilidade Da Pessoa Com Insuficiência Cardíaca: Elaboração de um instrumento de mensuração**. 2017, 208f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2017.

CHUMPITAZ, V. A. C. **“Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido”**. 2003, 140f. Dissertação (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

- DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-6, 2011.
- DOMINGOS, S. R. DA F. et al. Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 4, p. [07 telas], 2013.
- EKSTRAND, M. et al. An Illusion of Power: Qualitative Perspectives On Abortion Decision-Making Among Teenage Women In Sweden. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 41, n. 3, p. 173-80, 2009.
- ELAMIN, W.; FAZARI, A. B.; ELMUSHARAF, K. A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unsafe Abortion in Sudan. **Open Journal of Social Sciences**, v. 5, n. 3, p. 149-58, 2017.
- FARIA, E. C. R. DE et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 20-6, 2012.
- GONZAGA, P. R. B. “**Eu quero ter esse direito à escolha**”: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador. 2015, 150f. Dissertação (título de Mestre) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.
- GRECHINSKI, S. T. **A Decisão pelo Aborto: Os Processos Reflexivos e os Intermediadores da Experiência Mulheres das Camadas Médias de Curitiba**. 2014, 157f. Dissertação (mestre em sociologia) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.
- GUANILO, M. C. de la T. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R.. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis–DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 152-9, 2014.
- HESS, R. F. Dimensions of women's long-term postabortion experience. **MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 29, n. 3, p. 193-8, 2004.
- KIMPORT, K.; FOSTER, K.; WEITZ, T. A. Social Sources of Women's Emotional Difficulty After Abortion: Lessons from Women's Abortion Narratives. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 43, n. 2, p. 103-9, 2011.
- KIRKMAN, M. et al. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 1, p. 149-5, 2010.
- LARREA, S. O.; ORELLÁN, R. G.; LARREA, A. O. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. **Index Enferm**, v. 25, n. 4, p. 1-7, 2016.
- MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-72, 2016.

MAFORAH, F.; WOOD, K.; JEWKES, R. Backstreet Abortion : Women ' S Experiences. **Curationis**, v. 20, n. 2, p. 79-82, 1997.

MANN, E. S.; CARDONA, V.; GÓMEZ, C. A. Beyond the discourse of reproductive choice: narratives of pregnancy resolution among Latina/o teenage parents. **Culture, Health & Sexuality**, v. 17, n. 9, p. 1090-104, 2015.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 508-20. 2014.

MEDEIROS, R. et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, p. 127-135, 2015.

MILANEZ, N. **A experiência de mulheres e a decisão pelo aborto provocado em uma região do Espírito Santo, Brasil**. 2014, 127f. Dissertação (mestre em saúde coletiva) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rio de Janeiro: Brazilian Journal of Medical Education**, v. 33, p. 83-91, 2009.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 269p .

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em Saúde Pública: Como Desenvolver e Validar Instrumentos de Coleta de Dados**. 1. ed. V.1, Curitiba: Editora Appris, 2014, 110p.

MOTTA, A. S. E. V. da. A vivência de mulheres no abortamento induzido. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 1056-62, 2016.

MOUTINHO, Laura. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. **Caderno Pagu**, n. 42, p. 201-248, 2014 .

MUKKAVAARA, I.; ÖHRLING, K.; LINDBERG, I. Women's experiences after an induced second trimester abortion. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 720-25, 2012.

NAVEED, Z.; SHAIKH, B. T.; NAWAZ, M. A. Induced Abortions in Pakistan: Expositions, Destinations and Repercussions. a Qualitative Descriptive Study in Rawalpindi District. **Journal of Biosocial Science**, v. 48, n. 5, p. 631-46, 2016.

NDUNYU, L. N. **Women's experiences of induced abortion in Mombasa city and the Kilifi district, Kenya**. 2013, 255f. Tese (Título de Doutora) University of Nairobi, Natal, 2013.

ODURO, G. Y.; OTSIN, M. N. A. "Abortion—It Is My Own Body": Women's Narratives About Influences on Their Abortion Decisions in Ghana. **Health Care for Women International**, v. 35, n. 7, p. 918-36, 2014.

OLIVEIRA, A. K. A. de et al. Instrument validation for peripheral venous puncture with overthe-needle catheter. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p.176-84, 2015.

OLIVEIRA, M. S. DE; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Razões e Sentimentos de Mulheres que Vivenciaram a Prática do Aborto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 6, n. 3, p. 23-30, 2005.

OMIDEYI, A. K. et al. Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria. **Global Public Health**, v. 6, n. sup1, p. S52–S72, 2011.

PASQUAL, K. K.; CARVALHAES, M. A. de B. L.; PARADA, C. M. G. de L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 21-7, 2015 .

PEREIRA, R. D. M. ; ALVIM, N.A.T. . Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 174-80, 2015.

PEREIRA, V. DO N. et al. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1056-62, 2012.

PÉREZ, B. A. G. **Aborto Provocado: Representações Sociais de Mulheres**. 2006, 138f. Dissertação (mestre em enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

POLIT, D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed: 2011. 669 p.

RAMOS, S.; ROMERO, M.; AIZENBERG, L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: The case of Argentina. **Reproductive Health Matters**, n. 43, p. 1-12, 2014.

REBOUCAS, M. S. S. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais**. 2010, 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

RIBEIRO, J. C. **Na Zona Selvagem: Relatos De Mulheres Sobre A Experiência Do Aborto Clandestino**. 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)Universidade de Brasília, Brasília, 2014

ROCHA, B. N. G. do A.; UCHOA, S. A. da C.. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis**, v. 23, n. 1, p. 109-27, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3312013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Mar. 2018.

SANTOS, D. L. A. dos; BRITO, R. S. de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1293-313, 2014.

_____. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1–5, 2016.

SANTOS, C. S.; SILVEIRA, L. M. C. da. Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto

sobre Autonomia do Corpo Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 304-17, 2017.

SANTOS, D. L. A. dos. **Trajetória de mulheres e a participação masculina no processo do aborto provocado**. 2013. 167 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SELL, S. E. **O mundo da vida de mulheres que induziram o aborto: um estudo fenomenológico social**. 2013, 196f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SHEEHY, G.; AUNG, Y.; FOSTER, A. M. “We can lose our life for the abortion”: exploring the dynamics shaping abortion care in peri-urban Yangon, Myanmar. **Contraception**, v. 92, n. 5, p. 475-81, 2015.

SHELLENBERG, K. M. et al. Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. **Global Public Health**, v. 6, n. SUPPL.1, p. S111–S125, 2011.

SUFFLA, S. Experiences of induced abortion among a group of South African women. **South African journal of psychology**, v. 27, n. 4, p. 214-22, 1997.

SUMMIT, A. K. et al. “I Don’t Want to Go Anywhere Else”: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine. **Family medicine**, v. 48, n. 1, p. 30-4, 2016.

TORRES, M. M. DE S. M. **Perspectivas de mulheres que vivenciaram o abortamento**. 2013. 84f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

TRYBULSKI, J. A. Women and abortion: The past reaches into the present. **Journal of Advanced Nursing**, v. 54, n. 6, p. 683-90, 2006.

WALTERS, L. **A phenomenological exploration of Afrikaans women who have experienced an induced abortion**. 2009, 74f. Dissertação (Masters of Social Science Clinical Psychology) School of Psychology in the Faculty of Humanities at the University of KwaZulu, Natal, 2009

APÊNDICE 1
INSTRUMENTO
MANUAL OPERACIONAL DOS MARCADORES DE GÊNERO EM SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTAMENTO
 Primeira Versão

A construção destes marcadores foi alicerçada na seleção dos elementos de gênero identificados entre os resultados da revisão sistemática qualitativa baseada na proposta do Joana Briggs Institute (JBI), sobre experiências de mulheres submetidas ao aborto induzido resultantes de gravidez não planejada.

O objetivo deste instrumento é facilitar o planejamento de ações para promoção de intervenções que considerem a vulnerabilidade de gênero das usuárias com história de abortamento, identificadas durante as práticas desenvolvidas na atenção básica.

Os marcadores que identificam relações de gênero foram organizados em cinco partes:

1ª parte- Responsabilidade pela contracepção e pela gravidez

Marcador 1- Responsabilização da mulher pela contracepção e pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades

2ª parte- - Decisão pelo aborto

Marcador 2- Participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher pelo aborto

Marcador 3- Dificuldades financeiras como razão para o aborto

Marcador 4- Aborto por decisão pessoal

3ª parte- Rede de apoio pela decisão pelo aborto

Marcador 5 - Participação de amigas/os no processo de decisão da mulher pelo aborto

4ª parte- Atenção no processo de abortamento

Marcador 6- Atendimento profissional de saúde no processo de abortamento

5ª parte- Período Pós-abortamento

Marcador 7- Sentimentos vivenciados pelas mulheres pós-aborto
 Cada marcador apresenta seu objetivo e a “Planilha de avaliação”.

Captação das informações: As informações para todos os marcadores poderão ser obtidas através de entrevista individual ou durante atividade grupal.

Planilha de Avaliação com critérios para a avaliação do marcador: Presente, quando o elemento de gênero do marcador está presente nas

informações obtidas; Ausente, quando o elemento não é identificado nas informações obtidas e, Não aplicável, quando elemento é inapropriado para a realidade da mulher que fornece as informações. A presença de, pelo menos, um dos elementos evidencia a influência das relações de gênero no itinerário abortivo das mulheres. A Planilha possibilita ainda o registro de observações adicionais, levantadas a partir das informações captadas.

INSTRUMENTO N° 1 PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO MARCADOR

Primeira versão

Marcador/Objetivo	Código	Questões	P	NP	A	OBSERVAÇÕES
1ª parte- Responsabilidade pela contracepção e pela gravidez						
Marcador 1 Responsabilização da mulher pela contracepção e pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades Objetivo – Explicitar como se dá a responsabilização da mulher pela contracepção, pela ocorrência da gravidez e vulnerabilidades.	1A	Você tem parceiro sexual atualmente?				
	1B	O que você sabe sobre contracepção?				
	1C	Quais os métodos contraceptivos que você conhece?				
	1D	Quais os métodos contraceptivos que você considera mais seguros?				
	1E	Você considera que usa contraceptivos de modo correto?				
	1F	Você usa contraceptivo?				
	1G	Se resposta positiva: Qual? Como você usa?				
	1H	Se resposta negativa: Qual a razão para não usar?				
	1I	Se o método for de uso diário ou de barreira:				
	1J	Você esqueceu de usar?				
	1K	Se resposta positiva: o que você fez depois?				
	1L	Quando você engravidou, seu parceiro reconheceu a reponsabilidade dele pela gravidez?				
	1M	Reconheceu a paternidade e te deu apoio?				
	1N	Quando você tem relações sexuais, acredita que pode ficar grávida?				
1O	Na sua experiência, de quem é a responsabilidade pela contracepção?					

	1P	Seu parceiro colabora para evitar a gravidez?				
	1Q	Você e seu parceiro conversam sobre como prevenir-se de uma gravidez indesejada?				
	1R	Em relação ao uso da camisinha: Seu parceiro gosta e usa camisinha?				
	1S	Seu parceiro(s) não gosta(m), mas usa(m) camisinha				
	1T	Seu parceiro(s) não gosta(m) e não usa camisinha?				
	1U	Você se dá bem com contraceptivo hormonal?				
	1V	Você usa contraceptivo hormonal e o parceiro usa camisinha?				
	1X	Ao não se dar bem com contraceptivo hormonal, seu parceiro usa camisinha?				
	1W	Mesmo você não se dando bem com o contraceptivo hormonal, seu parceiro(s) não usa(m) camisinha?				
	1Y	Em situações de não uso da camisinha: Qual(is) a(s) razão (ões) que seu parceiro alega para não usar a camisinha?				
2ª parte- - Decisão pelo aborto						
Marcador/Objetivo	Código	Questões	P	NP	A	OBSERVAÇÕES
Marcador 2 Participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher pelo aborto	2A	Quando você engravidou, recebeu apoio do seu parceiro?				
	2B	Você decidiu pelo aborto, mesmo seu parceiro querendo a gravidez?				
	2C	Quando você decidiu pelo aborto, seu parceiro: - Apoiou sua decisão?				
	2D	- Assumi responsabilidade junto com você?				
	2E	A insegurança em relação ao apoio do parceiro influenciou para que você decidisse pelo aborto?				
	2F	Você decidiu pelo aborto por não estar num relacionamento fixo?				
	2G	Você contou ao parceiro que ia fazer o aborto?				

Objetivo - Identificar a participação do parceiro e da família no processo de decisão da mulher	2H	Você recebeu pressão de seu parceiro para fazer o aborto?				
	2I	Você recebeu pressão de alguém de sua família para fazer o aborto?				
	2J	Você decidiu pelo aborto por medo de sua família não aceitar?				
Marcador 3 Dificuldades financeiras como razão para o aborto Objetivo- Explicitar como dificuldades financeiras participam da decisão da mulher pelo aborto	3A	Qual(is) a(s) sua(s) razão(ões) para decidir pelo aborto:				
		- Por não ter condições de criar um/a filho/a?				
		- Por não ter condições para criar mais uma criança?				
		- Para não perder o emprego?				
		- Por estar desempregada?				
		- Porque iria ficar dependente do parceiro ou família?				
Marcador 4 Aborto por decisão pessoal Objetivo- Identificar situações em que o aborto se dá por decisão pessoal	4A	Sua decisão pelo aborto, foi devido a:				
		- Querem intervalo maior entre as gestações				
		- Se considerar muito jovem				
		- Não te impedir de realizar seus planos				
		- Não visualizar outra solução para uma gravidez não planejada?				
- Outras razões: Quais?						
3ª parte- Rede de apoio pela decisão pelo aborto						
Marcador/Objetivo	Código	Questões	P	NP	A	OBSERVAÇÕES
Marcador 5 Participação de amigas/os no processo de decisão da mulher pelo aborto Objetivo- Identificar formas de participação de amigas/os no processo de decisão da mulher	5A	Suas/seus amigas/os te apoiaram na decisão pelo aborto?				
	5B	Na ausência do seu parceiro, você teve apoio de suas/seus amigas/ os na decisão pelo aborto?				
	5C	Suas/seus amigas/os te apoiaram com ajuda financeira para realizar o aborto?				
	5D	Suas/seus amigas/os não te apoiaram na decisão por causa de suas crenças e religião?				

pelo aborto	5E	Elas(es) te julgaram por decidir abortar?				
	5F	Você recebeu apoio de outras pessoas? Quem?				
	5G	Você considerou sua formação religiosa na decisão pelo aborto?				
	5H	Você não teve apoio do parceiro e se sentiu:				
		- Forte e segura com a sua decisão?				
		- Solitária e abandonada?				
		- Insegura?				
	- Teve medo?					
	- Outros sentimentos: Quais?					
4ª parte- Atenção no processo de abortamento						
Marcador/Objetivo	Código	Questões	P	NP	A	OBSERVAÇÕES
Marcador 6 Atendimento profissional de saúde no processo de abortamento Objetivo- Explicitar como se deu o atendimento de profissional de saúde no processo de abortamento	6A	Quando você procurou o serviço as(os) profissionais de saúde:				
		- Acolheram você e escutaram suas necessidades?				
		- Atenderam sem julgamentos?				
		- Orientaram você e tiraram suas dúvidas?				
		- Você se sentiu respeitada?				
		- Houve demora no atendimento?				
		Em caso de uma ou mais respostas negativas, comente sua insatisfação				
5ª parte- Período Pós-abortamento						
Marcador/Objetivo	Código	Questões	P	NP	A	OBSERVAÇÕES
Marcador 7 Sentimentos vivenciados pelas mulheres pós-aborto Objetivo- Identificar sentimentos que acompanham a mulher na experiência do aborto	A	- Como você se sentiu após o aborto?				
		Observação- diante da resposta, elabore práticas de saúde que possibilitem apoiar a mulher em possíveis fragilidades, esclarecendo e oferecendo meios para evitar a recorrência da gravidez não planejada e do aborto				

Legenda: P: presente; NP: não presente; NA: não aplicável

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências qualitativas sintetizadas a partir de Revisão Sistemática da literatura neste estudo foram traduzidas em metassínteses, segundo a metodologia aplicada, e revelam a experiência de mulheres submetidas ao abortamento induzido por gravidez não planejada. Tais experiências trazem consigo as marcas de sistemas de saúde condicionados a legislações restritivas ou de legalidade do aborto nos países.

As experiências subjetivas das mulheres se aproximam em qualquer espaço geográfico conduzidas pela identidade de gênero, em que mulheres se encontram em posição de desvantagem nas relações que resultam em gravidez e, assim, continuam no itinerário abortivo sem garantias de apoio do parceiro e/ou da família. Embora a atenção à saúde busque materializar práticas, a partir do que está normatizado para humanização do cuidado, preconceitos de gênero e valores religiosos com respectivos códigos morais permeiam as relações institucionais.

A experiência concreta do abortamento é sintetizada na revisão como processo de sobrecarga emocional agravada, quando na ausência de condições socioeconômicas favoráveis, falta de apoio do parceiro e da família. É amenizada com o suporte de amiga/os que, quando presente a ilegalidade, viabilizam recursos, locais e apoio emocional. Autodecisão das mulheres e alívio por solucionar um problema e resgatar projetos de vida é realidade entre mulheres que abortaram, mas são sentimentos de culpa e arrependimento que causam tristeza e sofrimento como os principais desdobramentos dessa experiência.

Os marcadores de gênero, resultantes da experiência das mulheres, retratados nos resultados dos estudos que compuseram a revisão sistemática oferecem ao sistema de saúde subsídios para fomentar a incorporação da perspectiva de gênero às práticas. Sobretudo oferece elementos para que equipes multiprofissionais compreendam a experiência de mulheres com história de abortamento na rede básica, pautando-se em singularidades e vislumbrando-se a integralidade da atenção.

Uma vez construídos, segundo os princípios avaliativos para validação de conteúdo, os marcadores se apresentam em condições de serem submetidos ao olhar de *expertises*, de modo a serem aperfeiçoados e reconhecidos como capazes de subsidiar o planejamento do cuidado a mulheres na rede de atenção. O principal desafio é a incorporação da perspectiva de gênero às práticas, que conduzam ao respeito dos direitos sexuais e reprodutivos. Para tanto, são necessárias a educação permanente junto à equipe profissional e a promoção de ações

voltadas à formação de profissionais de saúde desde a graduação, em especial da enfermagem, tendo em vista seu lugar no espaço dos cuidados em qualquer nível de atenção.

Reconhecer a vulnerabilidade de gênero a que as mulheres estão submetidas tem como precondição a mudança de visões de mundo com desconstrução de preconceitos e estigmas sobre mulheres que experienciam o aborto. O acolhimento e a escuta sensível resultantes aproximarão as práticas da integralidade do cuidado, que alinhadas a gênero constituem eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALFAMA, E.; CRUELLES, M.; LAFUENTE, M. de. Medir la igualdad de género. Debates y reflexiones a partir de una propuesta de sistema de indicadores clave. **Athenead**, v. 14, n. 4, p. 209-35, 2014. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/viewFile/1460/pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2015.
- ALMEIDA, M.S. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero**. Ribeirão Preto. 2005. 168f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ALVES, A. G. MAGALHÃES, F. R.; COELHO, G. E. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line** v. 11, n. 2, p. 691-702, 2017.
- ALZUGUIR, F. V.; NUCCI, M. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. Mediações - **Revista de Ciências Sociais**, v. 20, p. 217-238, 2015.
- ARAUJO, M. de F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, p. 805-18, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev. 2018.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Edit.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017.
- AROMATARIS, E.; PEARSON, A. The Systematic Review. **Ajn, American Journal Of Nursing**, v. 114, n. 3, p.53-82014.
- BAJOS, N. et al. “Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains ”, **Population**, v. 68, n. 1, p. 13-39, 2013.
- BARROS, A. R. **Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado**. 2013. 104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1949.
- BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, v. 26, n. 1, p. 329, 2006.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estatísticas de gênero- uma análise dos resultados do Censo demográfico 2010**. IBGE: Rio de Janeiro, 2014.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília: MS; 2005.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3ª ed. atual. e ampl. Brasília: MS; 2011

_____. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos.** Brasília. Ministério da Saúde, 2009.428p.

_____. Ministério da Saúde (Br). Departamento de DST, AIDS, Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Saúde (Br). Departamento de DST, AIDS, Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BUTTLER, J. **Problemas de Gênero.** Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. “Sujeitos do Sexo/Gênero/Desejo”. In: BUTTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Editora Record, 2003. p.17-60.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. DE S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 45, p. 405-18, 2013.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

CARVALHO, A. B. DE. **O processo de decisão pelo aborto : as experiências das mulheres em foco.** 2015, 217f. Dissertação (mestre em psicologia) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

CARVALHO, M. E. P. de; RABAY, G. Usos e incompreensões do conceito de gênero no discurso educacional no Brasil. **Revista Estudos Feministas- UFSC (Impresso)**, v. 23, p. 119-36, 2015.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p.227-44, jun. 2014. Abr-jun. Disponível em: <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

CAVALCANTE, E. G. R. **Marcadores de Adesão ao Tratamento da Tuberculose: Uma proposta para a Atenção Primária à Saúde**. 2012, 203f. Tese (Doutorado) Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CHANDRA-MOULI, V. et al. Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? **Adolesc Health**, v. 56, n. 1, p. S1-S6, 2015.

COELHO, E. de A. C. et al. Demandas de Mulheres por Cuidado à Saúde: Subsídios para Construção da Integralidade. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p.574-84, 2012.

COELHO, E. de A. C. et al. Integralidade do Cuidado à Saúde da mulher: Limites da Prática Profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 154-60, 2009.

COLLINS, P. H. Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought. **Social problems**, v. 33, n. 6, p. s14-s32, 1991.

CONCEIÇÃO, A. C. L. da. Teorias feministas: da “questão da mulher” ao enfoque de gênero. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 8, n. 24, p. 738-57, 2009.

COSTA-JUNIOR, F.M. da; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 23, p. 97-117, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200097&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2018.

CROZETA, K. **Validação de um sistema de coleta de dados de prevalência de úlcera por pressão no Brasil**. 2012. 247 f. Tese (Doutorado) Curso de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

CRUZ, M. H.S. A Crítica Feminista à Ciência e Contribuição à Pesquisa nas Ciências Humanas. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 12, n. 1, p.15-27, 30, 2014.

DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T. A. Disparities in abortion rates: A public health approach. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 10, p. 1772-9, 2013.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-6, 2011.

DIAS, J. M. G. et al. Maternal mortality. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 173-9,2015.

- EKSTRAND, M. et al. An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision- making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, v. 41, n. 3, p. 173-80, 2009.
- ELAMIN, W.; FAZARI, A. B.; ELMUSHARAF K. A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unsafe Abortion in Sudan **Open Journal of Social Sciences**, v. 5, n. 3, p. 149-58, 2017.
- FERRAND, M. Abortion, a condition for female emancipation. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 653-59, 2008.
- FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n.2, p. 527-38, 2012.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica Brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1869-78, 2015.
- FLAX, J. "Pós-modernismo e as relações de gênero na teoria feminista" In: HOLLANDA, H. B. de (org), **Pós-Modernismo e Política**, Rio de Janeiro: Rocco, 1991.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E.. Equidade de sexo e gênero na pesquisa e na publicação científica. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 431-2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300431&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 19 jul. 2018.
- GARCIA, L. P. Revisão sistemática da literatura e integridade na pesquisa. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 7-8, 2014.
- GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G.. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 183-4, 2014.
- GERMAIN, A. et al. Advancing sexual and reproductive health and rights in low-and middle-income countries: Implications for the post-2015 global development agenda. **Global public health**, v. 10, n. 2, p. 137-148, 2015.
- GOMES, I. S.; CAMINHA, I. de O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 395-411, 2014.
- GONZAGA, P. R. B. "**Eu quero ter esse direito à escolha**": **formações discursivas e itinerárias abortivos em Salvador**. 2015, 150f. Dissertação (titulo de mestre) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.
- GUANILO, M. C. de la T. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R.. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis–DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 152-9, 2014.
- GUIMARÃES, T. A. et al. Martenal Mortality in Brazil Between 2009 and

2013 **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 81-5, 2017.

HARAWAY, D. "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos pagu**, n. 22, p. 201-46, 2004.

HEIDARI, Shirin et al. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 665-76, 2017.

HOLANDA, C. S. M. et al. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 388-394, 2015.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 11-5, 2013.

KIRKMAN, M. et al. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 1, n. 4, p. 149-55, 2010.

LIMA, D. V. M. de. Research design: a contribution to the author. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 2, p. 1-8, 2011.

LIMA, L. M. et al. Cuidado Humanizado às Mulheres em situação de abortamento: Uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem Ufpe on line**, v. 11, n. 12, p. 8-12, 2017.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-posições**, v. 19, n. 2, p. 17-23, 2008.

LUFFY, S. M.; EVANS, D. P.; ROCHAT, R. W. " Siempre me critican": barriers to reproductive health in Ocotol, Nicaragua. **Revista panamericana de salud publica**, v. 37, p. 245-50, 2015.

MACHADO, L. Z. Gênero, um novo paradigma. **cadernos pagu**, v. 11, p. 107-25, 1998.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4503-12, 2011.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771-80, 2017.

MARTINS, A. M; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Saúde e sociedade**, v. 22, p. 429-40, 2013.

MARTINS-MELO, F. R. et al. Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. **Revista de saude publica**, v. 48, p. 508-20, 2014.

- MATOS, M. do P. S. A. **Determinantes da baixa valorização da atenção primária no Sistema Único de Saúde**. 2013. 439 f. Tese (Doutorado em Política Social) Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- MEDEIROS, P. F; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista de Estudos Feministas**. v. 17, n.1, p. 31-8, 2009.
- MEDEIROS, R. et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, p. 127-135, 2015.
- MINAYO, M. C. de S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rio de Janeiro: Brazilian Journal of Medical Education**, v. 33, p. 83-91, 2009.
- _____. **O Desafio do Conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 269p .
- MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em Saúde Pública: Como Desenvolver e Validar Instrumentos de Coleta de Dados**. 1. ed. V.1, Curitiba: Editora Appris, 2014, 110p.
- MOORE, H. Compreendendo sexo e gênero. In: INGOLD, T. **Companion Encyclopedia of Anthropology** . London, Routledge, 1997.
- MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. O Processo de criação da Associação Brasileira de Obstetrias e enfermeiros obstetras. **Texto Contexto e Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.
- MOUTINHO, Laura. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. **Caderno Pagu**, n. 42, p. 201-248, 2014 .
- MUKKAVAARA, I.; ÖHRLING, K.; LINDBERG, I. Women's experiences after an induced second trimester abortion. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 720-25, 2011.
- NASCIMENTO, E. R. **A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em um centro de saúde - Salvador / Bahia** (tese de Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. 223f.
- NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de "familiares cangurus" em unidade neonatal: Estudo de Validação**. 2013, 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Estado do Pará, Belém, 2013.
- NDUNYU, L. N. **Women's experiences of induced abortion in Mombasa city and the Kilifi district, Kenya**. 2013, 255f. Tese (Titulo de Doutora) University of Nairobi, Natal, 2013.
- NICHIATA, L. Y. I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso)**, v. 45, p. 1769-73, 2011.
- OAKLEY, A. **"Sex and Gender"**. Sex, Gender & Society. New York: Harper, 1972, p. 58-

172.

ODURO, G. Y.; OTSIN, M. N. A. “Abortion—It Is My Own Body”: Women’s Narratives About Influences on Their Abortion Decisions in Ghana. **Health Care for Women International**, v. 35, n. 7–9, p. 918–36, 2014.

OKABE, I. **Violência contra a mulher: uma proposta de indicadores de gênero na família**. 2010, 206f. Tese (Doutor em enfermagem) Universidade de São Paulo, São Pulo, 2010.

OLIVEIRA, A. K. A. de et al. Instrument validation for peripheral venous puncture with overthe-needle catheter. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, p.176-84, 2015.

PALOMINO, N. et al. The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. **Global Public Health**, v. 6, n. sup1, p. S73-S89, 2011.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PEARSON, A.; SOARES, C. B. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado do Instituto Joanna Briggs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 277-8, 2013.

PEREIRA, R. D. M. ; ALVIM, N.A.T. . Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 174-80, 2015.

PÉREZ, B. A. G. **Aborto Provocado: Representações Sociais de Mulheres**. 2006, 138f. Dissertação (mestre em enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.. Sexualidade e reprodução:discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 73-92, 2013.

PIOSIADLO, L. C. M. **Avaliação da vulnerabilidade de mulheres à violência doméstica: uma proposta utilizando indicadores de subalternidade de gênero na família**. 2013, 172f. Tese (Doutorado em Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da USP, 2013.

POLIT, D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed: 2011. 669 p.

PRÁ, J. R.; CHERON, C. Gênero e Políticas Públicas na Ótica Feminista e dos Direitos Humanos. **Educação e Cidadania**, v. 30, n. 16, p. 55-70, 2014.

PRÁ, J. R.; EPPING, L. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 33-51, 2012.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.

8, n. 1, p. 103-08, 2014.

REBOUCAS, M. S. S. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais**. 2010, 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

RIBEIRO, J. C. **Na Zona Selvagem: Relatos De Mulheres Sobre A Experiência Do Aborto Clandestino**. 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Universidade de Brasília, Brasília, 2014

RIBEIRO, J. F. et al. Perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1354-66, 2015.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 3, p. 671-82, 2014.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. Feminismos em defesa da saúde. **Revista Estudos Universitários**, v. 37, n. 1, p. 267-93, 2011.

RUBIN, G. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, 2003

_____. **The Traffic in Women: Notes on the Political Economy' of Sex.**" Monthly Review Press, 1975.

SAFFIOTI, H. Rearticulando Gênero e Classe In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (orgs.), **Uma Questão de Gênero**, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fund. Carlos Chagas, 1992, p. 183 -215.

SANTOS, C. S.; SILVEIRA, L. M. C. da. Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 304-17, 2017.

SANTOS, D. L. A. dos; BRITO, R. S. de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis Revista Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1293-313, 2014.

_____. Sentimentos de mulheres diante da concretização do aborto provocado. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1-5, 2016.

SANTOS, D. L. A. DOS; BRITO, R. S. DE; SILVA, A. B. DA. Induced Abortion: Women's Perception of Assistance Received. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. supl.5, p. 2132-7, 2017.

SANTOS NETO, E. T. dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude e sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2018.

SARDENBERG, C. M. B. A mulher e a Cultura da Eterna Juventude: reflexões teóricas e pessoais de uma feminista cinquentona. In: ROSENDO, E.; FERREIRA, S. L. (orgs.). **Imagens da Mulher na Cultura Contemporânea**. Salvador: NEIM-UFBa, 2004.

SCOTT, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: LAMAS, M. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. México: Miguel Ángel Possúa, 2000. p. 265-299.

SCOTT, J. W. “Gênero: Uma Categoria Útil para a Análise Histórica.” **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

_____. Os usos e abusos do gênero. **Projeto História**, v. 45, n. 332, p. 327-51, 2012.

SEDGH, G. et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 258-67, 2016.

SIMÕES, J. A., et al. Apresentação: estudos antropológicos e processos de produção da diferença. **Revista Antropológica**, v. 51, n. 1, p. 9-17, 2008..

SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (orgs.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p.15-23.

SOUSA, J. J. **Circumstances of the occurrence of unplanned pregnancy in adult women edition Salvador**. 2011, 196f. Dissertation (Master in Nursing) School of Nursing, Federal University of Bahia; 2011.

SOUTO, S. L. U. et al. Nursing Care For Women In Situation Of Unsafe Abortion. **International Archives of Medicine**, v. 10, p. 1-13, 2017.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 35, n. 12, p. 533-5, 2013.

SOUZA, M. H. do N.; TYRRELL, M. A. R. Políticas de Salud a la Mujer en Brasil, 1974-2004. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.19, n. 1, p. 70-6, 2011.

SUMMIT, A. K. et al. “I Don’t Want to Go Anywhere Else”: Patient Experiences of Abortion in Family Medicine. **Family medicine**, v. 48, n. 1, p. 30-34, 2016.

TIBÚRCIO, M. P. et. al. Validação de instrumento para avaliação da habilidade acerca da mensuração da pressão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)**, v. 67, p. 581-7, 2014.

TORRES, M. M. DE S. M. **Perspectivas de mulheres que vivenciaram o abortamento**. 2013. 84f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **Abortion policies and reproductive health around the world**. United Nations publication,

2014. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>, acesso em 23 mar. 2014.

UNITED NATIONS. **Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio**. New York: United Nations, 2015.

UNITED NATIONS. **Report on the Millennium Development Goals**. New York: United Nations, 2015.

VAL, L. F. do; NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 145-51, 2014.

VENCATO, A. P. A diferença dos outros discursos sobre diferenças no curso Gênero e Diversidade na Escola da UFSCar. **Contemporânea**. v. 4, n. 1 p. 211-29, 2014.

VIEIRA, C. R. D.; MARCOLINO, E. de C.; CORREIO, A. L. C. Violência doméstica contra a mulher e atenção à saúde: Uma revisão sistematizada da literatura. **Revista Unimontes Científica**, v. 16, n. 2, p. 2236- 57, 2014.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-89, 2014.

ZOCHE, D. A. et. al. O puerpério nas políticas públicas de saúde no brasil: necessidades de saúde das mulheres? **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, p. 6539-46, 2013.

ZOLTOWSKI, A. P. C. et al . Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 97-104, 2014.