Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Frequência de aborto na população universitária e sua associação com uso de métodos contraceptivos

Frequency of abortion in the university population and its association with the use of contraceptive methods

Frecuencia del aborto en la población universitaria y su asociación con el uso de métodos anticonceptivos

Bruna Aparecida Andrade Chaves[1], Gabriela Campos de Castro Costa[1], Gabriela Domingues Gama[1], Giovanna Rezende Dias Oliveira[1], Isabella Chevitarese Celino[1], Marianny Carvalho Caminhas[1], Liz de Albuquerque Lessa Villa Verde[3,4], Juliana Barroso Zimmermmann[1,2,4].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência de abortos, causas e complicações em estudantes do ensino superior. **Métodos:** Foram avaliadas estudantes de ensino superior, através de um questionário confeccionado no Google Forms e enviado por WhatsApp para as alunas da Faculdade de Medicina de Barbacena. Foram incluídos 203 questionários que foram compatíveis com os critérios de inclusão estabelecidos. Considerou-se p<0,05 como significante. **Resultados:** A maioria das alunas iniciaram vida sexual até os 17 anos, 85,2% tinham vida sexual, 94,1% nunca tinham gestado e 12 alunas já haviam gestado (5,9%). A frequência de aborto nesta amostra foi de 2,5% (n=5) e uma aluna provocou o aborto (33,3%). Os principais motivos que a levou a provocar o aborto foi a ausência de desejo de ser mãe (1=2; 100%), não ter um relacionamento estável (n=1; 100%) e serem muito jovens (n=1; 100%). As principais complicações identificadas nas pacientes que evoluíram para aborto foram a hemorragia uterina (n=2; 40%), dor abdominal (n=1; 20%) e problemas emocionais (n=2; 40%). **Conclusão:** A frequência de aborto foi baixa na população, mas o aborto provocado ainda é identificado, mesmo em grupos de ensino superior. As complicações existem e, por isso, devem as mulheres serem orientadas.

Palavras-chave: Aborto, Aborto ilegal, Estudantes de medicina, Gestação.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency of abortions, causes, and complications among higher education students. **Methods:** Higher education students were evaluated through a questionnaire created in Google Forms and sent via WhatsApp to students at the Barbacena School of Medicine. A total of 203 questionnaires that met the established inclusion criteria were included. A p-value <0.05 was considered significant. **Results:** Most students initiated their sexual life by the age of 17; 85.2% were sexually active, 94.1% had never been pregnant, and 12 students had already been pregnant (5.9%). The frequency of abortion in this sample was 2,5% (n=5), and one student induced an abortion (20%). The main reasons for induced abortion were the lack

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE), Barbacena - MG.
[2] Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora - MG.
[3] Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU / EBSERH), Juiz de Fora - MG.
[4] High Risk Prenatal Care CNPq (UFJF), Juiz de Fora - MG.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

of desire to be a mother (n=1; 100%), not being in a stable relationship (n=1; 100%), and being too young (n=1; 100%). The main complications identified in women who induced abortion were uterine bleeding (n=2; 40%), abdominal pain (n=1; 20%), and emotional problems (n=2; 40%). **Conclusion:** The frequency of abortion was low in the population, but induced abortion is still identified, even in higher education groups. Complications do exist, and therefore, women should receive guidance.

Keywords: Abortium, Abortium illegal, Medical students, Pregnancy.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la frecuencia de abortos, causas y complicaciones entre estudiantes de educación superior. **Métodos:** Se evaluó a estudiantes de educación superior a través de un cuestionario creado en Google Forms y enviado por WhatsApp a estudiantes de la Facultad de Medicina Barbacena. Se incluyeron un total de 203 cuestionarios que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Se consideró significativo un valor p < 0,05. **Resultados:** La mayoría de las estudiantes iniciaron su vida sexual a los 17 años; el 85,2% eran sexualmente activas, el 94,1% nunca había estado embarazada y 12 estudiantes ya habían estado embarazadas (5,9%). La frecuencia de aborto en esta muestra fue del 2,5% (n = 5) y dos estudiantes se indujeron un aborto (20%). Los principales motivos para el aborto inducido fueron la falta de deseo de ser madre (n = 1; 100%), no estar en una relación estable (n = 1; 100%) y ser demasiado joven (n = 1; 100%). Las principales complicaciones identificadas en mujeres que se indujeron el aborto fueron sangrado uterino (n=2; 40%), dolor abdominal (n=1; 20%) y problemas emocionales (n=2; 40%). **Conclusión:** La frecuencia del aborto fue baja en la población, pero el aborto inducido aún se identifica, incluso en grupos con mayor nivel educativo. Existen complicaciones, por lo que las mujeres deben recibir orientación.

Palabras clave: Aborto, Aborto ilegal, Estudiantes de medicina, Embarazo.

INTRODUÇÃO

O aborto é definido como qualquer interrupção da gravidez antes de 22 semanas ou quando o feto possui peso inferior a 500 gramas e comprimento menor ou igual a 16,5 centímetros, ou seja, antes da viabilidade fetal (BRASIL, 2021). É a intercorrência obstétrica mais comum, visto que a incidência de abortamento do tipo espontâneo nas mulheres pode chegar a 20% (DULAY AT, 2022). Dentre os casos de aborto espontâneo, 80% ocorrem até a 12ª semana, e o achado mais comum no quadro de aborto espontâneo é a anormalidade do desenvolvimento do zigoto, geralmente determinada por anomalias cromossômicas (ZIMMERMMANN JB, et al., 2021).

O aborto provocado ocorre a partir de uma interferência externa, sendo intencional e permitido no Brasil apenas nos casos de risco à vida da gestante, gravidez resultante de violência sexual e anencefalia fetal (ZUGAIB M e FRANCISCO RPV, 2016; MARTINS COSTA SH, et al., 2017). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 55 milhões de abortos ocorreram entre 2010 e 2014 no mundo, sendo que 45% destes foram considerados inseguros. Países da África, Ásia e América Latina concentram 97% dos abortos inseguros e, em geral, leis restritivas aumentam sua ocorrência (CECATTI JG, et al., 2010; FEBRASGO, 2019).

Apesar dos avanços científicos capazes de proporcionar um abortamento seguro, abortos inseguros continuam a ocorrer, trazendo consequências clínicas, sociais e econômicas. O aborto inseguro é definido como o procedimento realizado por pessoas sem formação adequada e/ou em locais sem condições de segurança mínimas, como assepsia, equipamentos ou medicamentos apropriados. Nessas circunstâncias, há maior risco de complicações como infecção, hemorragia, perfuração uterina e infertilidade secundária, além de ser uma das principais causas evitáveis de morte materna no mundo (GANATRA B, et al., 2017).

O tema do aborto ultrapassa a esfera clínica e perpassa dimensões éticas, legais e de saúde pública. No Brasil, sua regulamentação restritiva convive com a alta incidência de abortos clandestinos, revelando a

disparidade entre legislação e prática. Estima-se que milhares de mulheres busquem atendimento hospitalar anualmente por complicações relacionadas a abortos inseguros, sobrecarregando o sistema de saúde e revelando a vulnerabilidade social de determinados grupos. Fatores como baixa escolaridade, acesso limitado a métodos contraceptivos, violência de gênero e estigmatização moral influenciam diretamente a decisão e o risco de recorrer a procedimentos inseguros (DOMINGUES RMSM, et al., 2018).

Além disso, observa-se que a falta de acesso universal e efetivo ao planejamento reprodutivo impacta diretamente a incidência de gestações não planejadas. A adolescência é um período de especial vulnerabilidade, no qual desigualdades sociais e lacunas educacionais ampliam o risco de gravidez indesejada e, consequentemente, de aborto inseguro. Globalmente, a OMS reconhece o acesso à saúde reprodutiva como direito fundamental, sendo a prevenção do aborto inseguro parte essencial das políticas de redução da mortalidade materna (ARCIPRETE APR, et al., 2021).

No passado, avaliamos o comportamento dos estudantes do ensino superior e identificamos risco relacionado à prática sexual sem preservativo (n=89,8%; n=239) e uso abusivo de álcool (47,7%; n=127). O principal motivo para atividade sexual sem preservativo foi a estabilidade com o parceiro (64,1%) e a confiança na relação (17,2%). Contudo, 17,5% já foram expostos a infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HPV (16,3%) e sífilis (11,5%) (COUTO ACB, et al., 2023). Esses dados evidenciam vulnerabilidades que podem resultar em gravidez não planejada e, em última instância, na prática do aborto inseguro.

Baseado nesse panorama, optou-se por avaliar a frequência de aborto e suas complicações nesta população, contribuindo para a discussão científica e para a formulação de estratégias preventivas que unam atenção clínica, educação em saúde e políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva.

MÉTODOS

Objetivando avaliar a frequência de aborto na população feminina que cursa o ensino superior, foi realizado um estudo de corte transversal através de questionários respondidos no período de agosto de 2024 a agosto de 2025.

O questionário foi confeccionado usando o aplicativo Google Forms disponível na internet que é uma ferramenta digital gratuita disponibilizada pelo Google que permite a criação de formulários e questionários de maneira rápida e acessível. Sua utilização tem se expandido em pesquisas acadêmicas devido às diversas vantagens que oferece.

Entre elas, destacam-se a gratuidade, a praticidade no acesso e a facilidade de distribuição dos questionários, que podem ser compartilhados por e-mail, link direto ou aplicativos de mensagens instantâneas, como o WhatsApp. Além disso, por ser totalmente online, dispensa a impressão em papel, reduzindo custos e contribuindo para a sustentabilidade. Outro benefício importante é a organização automática das respostas, que ficam armazenadas em tempo real no Google Drive, podendo ser exportadas para planilhas eletrônicas, o que favorece a análise estatística posterior. O sistema também permite diferentes formatos de perguntas, como múltipla escolha, dissertativas e escalas, ampliando a versatilidade do instrumento de coleta (MOTA JS, 2019).

Os questionários foram enviados ao representante de cada turma na Faculdade de Medicina de Barbacena e estas encaminharam às estudantes do primeiro ao décimo segundo período. No questionário, abordou-se a idade, gestações, partos e abortos. Em relação ao aborto (idade gestacional, tipo de aborto (espontâneo ou provocado) e complicações foram abordados. Além disso, avaliou-se o tipo de contracepção utilizada (contraceptivo hormonal oral, uso de contraceptivos com progestágenos isolados, contraceptivos injetáveis, dispositivo intrauterino de cobre e hormonais (Mirena ®, Kyleena ®), bem como a utilização de condon ou não). Em relação ao aborto, avaliou-se se foi espontâneo ou provocado e quais os métodos utilizados para provocar o aborto (medicamentoso ou cirúrgico), bem como as complicações identificadas (hemorragias, dor abdominal e infecções) após o procedimento.

Como critérios de inclusão, mulheres em período fértil e estudantes do ensino superior. Os critérios de não inclusão foram ser homens, mulheres fora do período fértil e não estudantes do ensino superior. Como

desfecho primário incluiu-se o aborto e como desfecho secundário as complicações do aborto, como, dor abdominal, hemorragias e infeção. O abortamento de repetição foi incluído em desfecho secundário.

Para o cálculo amostral considerou-se que na Faculdade de Medicina de Barbacena há aproximadamente 1000 alunos e que em média 55% são mulheres, considerando grau de confiança de 90% e alfa de 5%, obteve-se que 183 questionários era um valor aceitável para a condução do estudo.

Os dados foram transferidos para Planilha Excel e avaliados estatisticamente através de software Jamovi para Mac. Na avaliação estatística, utilizou-se o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas ou, quando necessário, o teste de Kruskall Wallis (Teste H). O nível de significância considerado foi de $p<0,05$. Para variáveis quantitativas utilizou-se o teste ANOVA ou T, de acordo com a necessidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Barbacena sob o CAAE: 79108324.1.1001.8307 e parecer: 6.864.144.

RESULTADOS

Foram estudadas 203 alunas do ensino superior que responderam aos questionários enviados com média de idade de 22,2 ± 4,4 anos, sendo a aluna mais nova com 17 anos. Em relação aos dados epidemiológicos, identificamos que 85,2% (n= 173) tinham vida sexual ativa no momento, a maioria iniciou vida sexual até os 17 anos, com média de 17,1 ± 2,0, sendo que apenas 12 alunas tiveram gestações e identificados, com média de 0,06 ± 0,26 gestações e 0,03 ± 0,21 partos, conforme **Tabela 1**.

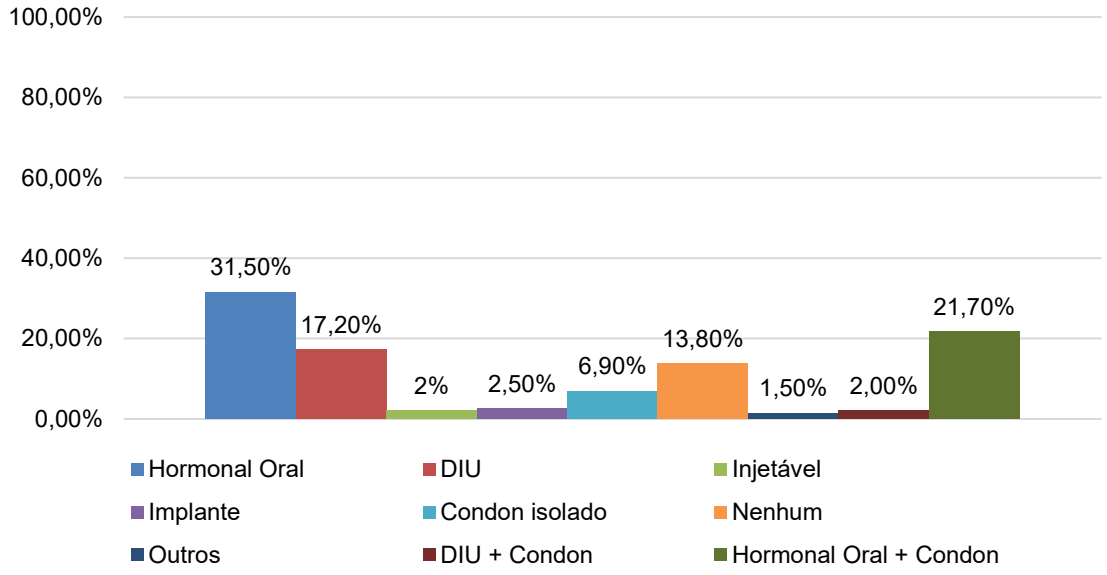
Tabela 1 - Dados epidemiológicos das pacientes estudadas.

	Nenhuma		**Uma**		**Duas**	
Gestações prévias	191	94,1%	11	5,4%	1	0,5
Partos	196	96,6%	6	3%	1	0,5%
	Média				**Desvio padrão**	
Idade	22,2				4,4	
Idade de início de vida sexual	17,1				2,2	

Fonte: Chaves BAA, et al., 2025.

Quando perguntadas sobre uso de métodos contraceptivos, 16,3% (n=33) não utilizavam nenhum método. Daquelas que usavam contraceptivo, o oral foi o mais frequente (n=110; 54,2%) conforme **Figura 1**.

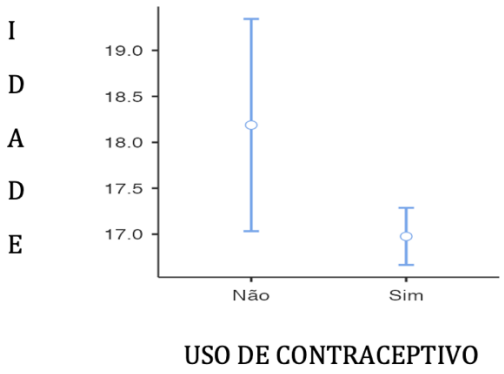
Figura 1 - Frequência de métodos contraceptivos utilizados pelas alunas do ensino superior. Observe que neste estudo verificou-se a possibilidade de contracepção associada.



Fonte: Chaves BAA, et al., 2025.

Quando se associou a idade ao uso de contraceptivo (p=0,81) e a idade aos tipos de contraceptivos não se identificou associação estatística (p=0,49). Entretanto, quando se comparou a idade de início da vida sexual e o uso de contraceptivo, verificou-se que pessoas mais jovens utilizavam contraceptivo com maior frequência (p=0,04), conforme **Figura 2**. Não houve associação entre a idade de início de vida sexual e o tipo de contraceptivo (p=0,13).

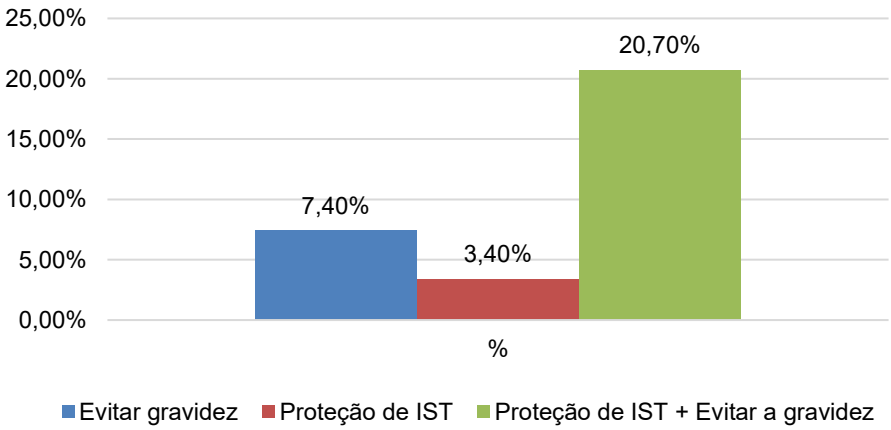
Figura 2 - Média de idade de início da vida sexual e uso de contraceptivos na população estudada. Observa-se que as alunas mais jovens eram aquelas que mais usavam contraceptivo (p=0,04; F= 4,61).



Fonte: Chaves BAA, et al., 2025.

Quando se avaliou o uso de condon em todas as relações sexuais, 63 (31%) afirmaram que utilizavam condon de forma frequente, mas a grande maioria informou não usar condon em todas as relações sexuais (n=114; 56,2%) e 26 (12,8%) não tinham relação sexual. Quando perguntadas sobre o motivo de usarem condon, a maioria das alunas afirmaram que era para evitar a gravidez (20,7%), conforme **Figura 3**.

Figura 3 - Frequência de uso de condon nas estudantes de ensino superior.



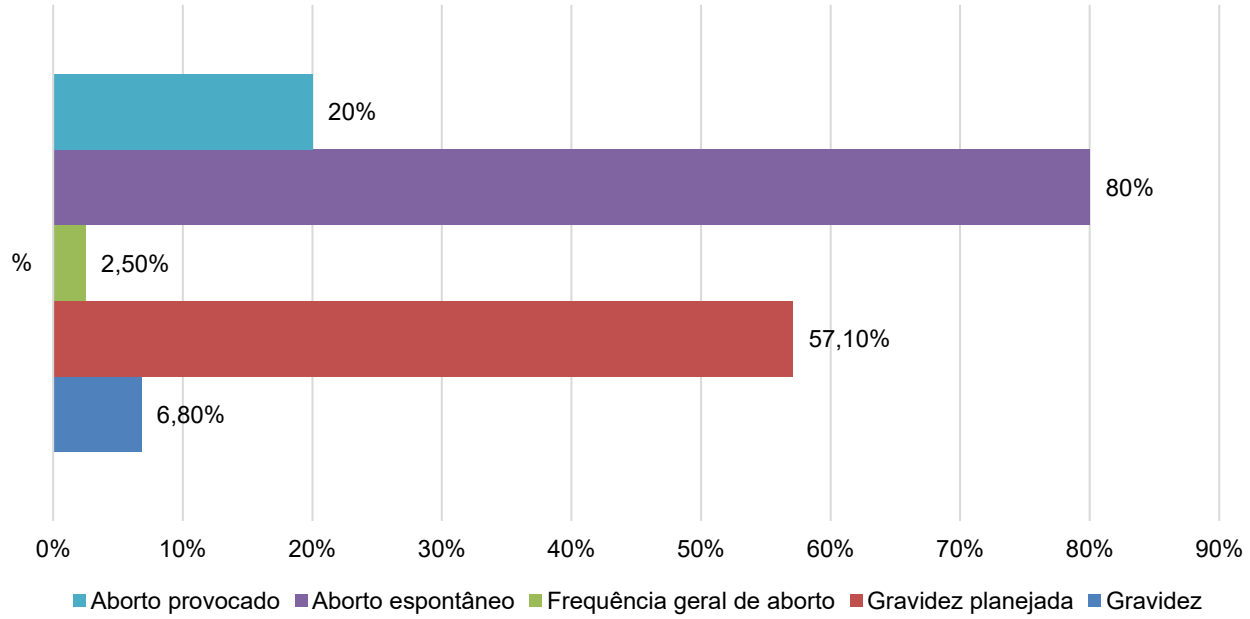
Fonte: Chaves BAA, et al., 2025.

O planejamento da gravidez foi pesquisado e destas que já tiveram gravidez (n=14; 6,8%), a maioria não planejou a gravidez (n=8; 57,1%). Quanto a presença de aborto, 5 pacientes (2,50%) já tiveram aborto e quando perguntadas sobre o número de abortos, identificaram-se que todas tiveram 1 aborto, não se verificando na amostragem aborto de repetição.

Destas cinco pacientes, uma (20%) provocou o aborto, as demais (n=4; 80%) tiveram aborto espontâneo. O uso do misoprostol foi o método utilizado pela paciente que provocou o aborto. Considerando as complicações identificadas nas pacientes que tiveram aborto (n=5) foram a hemorragia (40%; n=2), a dor abdominal (40%; n=2) e problemas emocionais (80%; n=4).

Avaliando as estudantes que provocaram o aborto, não houve arrependimento (100%; n=1) e os motivos que levaram essa estudante a provocar o aborto foram não ter relacionamento estável (50%; n=1), ser muito jovem (n=1; 50%) e não querer ser mãe (n=1; 100%). A violência sexual não foi citada como critério de aborto provocado (**Figura 4**).

Figura 4 - Frequência de gravidez, gravidez planejada e aborto espontâneo e provocado em estudantes do ensino superior.



Fonte: Chaves BAA, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A população estudada apresentou idade entre 17 e 27 anos, faixa etária jovem, concordante com a população de ensino superior. Considerando que a idade média estimada para a primeira gestação em mulheres com ensino superior completo é de 30,7 anos essas participantes ainda não atingiram a faixa etária em que geralmente ocorre o primeiro parto, o que justifica a baixa frequência de partos nesta amostra (BRASIL, 2022).

Assim, a vida acadêmica e profissional, maior preocupação com os estudos, construção de carreira e procura por estabilidade financeira são fatores que podem influenciar nesta baixa frequência. Além disso, o elevado nível social, com planejamento familiar presente, maior autonomia feminina, permitem adiar a gestação de forma segura (BERNARDI D, et al., 2018).

A porcentagem de uso de métodos contraceptivos foi elevada. Por ser uma população de nível superior e na área da saúde, esperava-se maior frequência dos contraceptivos de longa duração e reversíveis (LARCs), entretanto os achados reforçaram a realidade da população feminina brasileira, na qual os contraceptivos reversíveis de curta duração (SARC), predominam, sendo a opção preferida (ARAÚJO FG, et al., 2023).

Assim, apesar do conhecimento técnico (alunas de medicina), a globalização da informação através dos meios digitais e mídias sociais, pode-se dizer que as mulheres ainda são tradicionais na escolha do contraceptivo, preferindo os orais (ARAÚJO FG, et al., 2024). Entretanto, os LARCs estão crescendo em nosso país, e, neste estudo, ocupou a terceira posição na preferência das mulheres. Acredita-se que o preço ainda possa ser um limitador deste uso, mesmo nesta população privilegiada. Estudo realizado em 2021, mostrou que o método de ação curta foi significativamente mais aceitável que o método de ação longa, tanto pelos pais quanto por suas filhas. Assim, pais e filhas estão dispostos a pagar R$ 52,25±22,48 e R$ 51,63±21,24 por um método contraceptivo reversível de curta duração, e R$ 176,83±130,34 e R$

174,83±143,64 por um método contraceptivo de longa duração, respectivamente, o que reforça a escolha do SARC. (FARAH D, et al., 2021).

Recentemente, o Ministério da Saúde disponibilizou no Sistema Único de Saúde (SUS) o implante subdérmico contraceptivo liberador de etonogestrel, conhecido como Implanon®. O método é considerado vantajoso pela alta eficácia, a maior do mercado. A medida busca prevenir gestações não planejadas e, até 2026, o Ministério da Saúde (MS) distribuirá 1,8 milhão de dispositivos para atender a todas as mulheres, sendo 500 mil ainda em 2025 (CONITEC, 2025). Além disso, a Agência Nacional de Saúde (ANS) determinou que os planos particulares passem a oferecer o implante contraceptivo a partir deste ano. Essa medida conjunta certamente favorecerá a popularização deste método nos próximos anos e espera-se a redução de gestação não planejada e de abortos inseguros no país (BRASIL, 2025).

Outro dado interessante, apesar da característica da amostra, foi o baixo uso de condon na população, que tinha apenas como objetivo a contracepção. Acredita-se que como a maioria já fazia uso de algum método contraceptivo hormonal, é comum julgar dispensável o uso do preservativo, mas é de extrema importância enfatizar que apenas os métodos de barreira previnem as doenças de transmissão sexual e devem ser usados em todas as relações sexuais (FEBRASGO, 2015).

No presente estudo, realizado com alunas do ensino superior privado de medicina da região sudeste, foi identificado que 85,2% das alunas (n= 173) têm vida sexual ativa, sendo que apenas 6,9% (n=12) tiveram gestações. Quanto a presença de aborto, foram identificadas 5 pacientes (2,50%). Destas cinco pacientes, apenas uma provocou o aborto, não se identificando na amostragem aborto de repetição. Assim, a frequência de aborto na população estudada foi baixa.

A amostra era de mulheres jovens, estudantes, com alta escolaridade, condição socioeconômica elevada, de maioria nulípara e com acesso a métodos contraceptivos. Esses fatores são reconhecidos como protetores para o abortamento, pois reduzem o risco de gestações não planejadas e de situações relacionadas com maiores chances de perda gestacional, como malformações fetais, anomalias cromossômicas e alterações uterinas (ALMEIDA MCC, et al., 2016).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2021 (PNA 2021), a taxa de aborto caiu em relação às edições de 2010 e 2016. Dentre as 2000 entrevistadas com idade entre 18 e 39 anos, taxas mais altas foram detectadas entre aquelas com menor escolaridade, negras e indígenas e residentes em regiões mais pobres (DINIZ D, et al., 2023). Assim, acredita-se que a taxa de aborto nesta população foi baixa pelo uso de contraceptivo e as condições socioeconômicas elevadas. Por ser uma instituição particular de ensino, espera-se um maior nível socioeconômico, sendo compatível com a PNA de 2021 que citou o fator social e econômico como determinante para o aborto inseguro no país.

Na evolução do papel da mulher na sociedade atual observa-se maior autonomia, independência financeira, inserção no mercado de trabalho e destaque no meio acadêmico. É esperado que mulheres universitárias, que já concluíram o ensino fundamental e médio, onde assuntos relacionados à educação sexual e práticas contraceptivas são abordadas, possuam menor prevalência de gravidez indesejada, entretanto, esses aspectos não podem ser extrapolados para toda a área de saúde. Ainda existe muita desinformação em relação ao uso de contraceptivos. Segundo Veloso DLC, et al. (2017) em estudo realizado com estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Goiás, mais de 50% das usuárias de contracepção de emergência demonstraram dúvidas quanto ao mecanismo de ação, efeitos colaterais e disponibilidade de acesso aos medicamentos.

Apesar do número reduzido de aborto provocado no estudo (n=1), os dados mostram que o aborto induzido é uma realidade no país, podendo ser maior ou menor, de acordo com a população selecionada. No Brasil, a magnitude do aborto ainda é imprecisa. Em 2010, estimava-se que, até o final da vida reprodutiva, cerca de 15% das mulheres brasileiras tinham realizado ao menos um aborto, e em 50% deles houve necessidade de internação hospitalar. Embora os estudos mostrem uma redução dos abortos induzidos, ainda existem taxas elevadas dependendo da amostragem e não se pode ignorar as consequências graves para as mulheres que banalizam essa prática. Assim, este cenário está associado a fatores como baixa escolaridade, acesso

limitado à informação, ausência de estrutura familiar e dificuldades do sistema público de saúde em absorver estas pacientes orientado práticas contraceptivas seguras (ARCIPRETE APR, et al., 2021).

Outro aspecto importante, é a criminalização do aborto que acaba por comprometer a fidedignidade dos registros, dificultando análises estatísticas que revelem a real dimensão do problema e que possam orientar políticas públicas específicas. Assim, o aborto inseguro figura como uma das principais causas de mortalidade materna e como fator de perpetuação da discriminação e da violência institucional. Nos países em que o aborto é ilegal, as estratégias utilizadas para a redução da morbimortalidade materna associada ao aborto inseguro envolvem a prevenção da gravidez indesejada, a ampliação do acesso a serviços de aborto seguro nos casos permitidos por lei e a qualificação do atendimento após o aborto, incluindo oferta de métodos contraceptivos eficazes. Assim, pode-se dizer que a redução da mortalidade materna associada ao aborto depende da redução do número de procedimentos realizados ou da garantia de que, quando praticados, sejam conduzidos tecnicamente (ARCIPRETE APR, et al., 2021).

A paciente utilizou o misoprostol que é um análogo da prostaglandina E1 (PGE1) para provocar o aborto. Ele é considerado um medicamento de referência no tratamento farmacológico de aborto induzido, amadurecimento cervical, na indução do trabalho de parto e na hemorragia pós parto, mas, neste caso, foi usado ilegalmente como método abortivo (FEBRASGO, 2023). A escolha desta prostaglandina está associada a opção por um método simples, de baixo custo, seguro e menor risco de punição legal (ARILHA M, 2012).

Em relação às complicações relacionadas ao aborto, foram relatadas hemorragia (40%; n=2), dor abdominal (40%; n=2) e problemas emocionais (80%; n=4). Assim, conhecer a epidemiologia das complicações relacionadas ao aborto é essencial para a formulação de políticas públicas que garantam a atenção integral à saúde da mulher. Ainda que a estudante que realizou aborto provocado tenha afirmado não apresentar arrependimento, os motivadores foram a falta de relacionamento estável, a idade jovem e a decisão consciente de não querer ser mãe, fatores classicamente relacionados à tomada de decisão para realizar tal prática, também já descritos em literatura (SELL SE, et al., 2015).

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. A coleta de dados através do questionário online por Google Forms dificulta a participação de estudantes sem acesso à internet. O uso de informações autorreferidas está sujeito a viés de memória e as respostas foram determinadas a partir da interpretação de cada entrevistada, o que pode gerar respostas equivocadas.

Temas sensíveis como aborto provocado traz desconforto e pode gerar respostas não fidedignas ou verdadeiras. A natureza transversal impossibilita estabelecer relações de causalidade. Além disso, os resultados, restritos à Faculdade de Medicina de Barbacena, não são generalizáveis para outras populações, devido às particularidades da amostra.

Por outro lado, estes dados são importantes do ponto de vista acadêmico, porque reforçam a noção de que o aborto é uma experiência transversal, capaz de atravessar diferentes classes sociais, embora sua prevalência seja mais elevada entre mulheres em condições de maior vulnerabilidade socioeconômica. Nesse contexto, fatores como pobreza, desigualdade de gênero, violência doméstica, ausência de apoio social e dificuldades de acesso a serviços de saúde qualificados contribuem para o aumento da frequência e da gravidade das complicações.

Por outro lado, mesmo entre mulheres com maior acesso a cuidados médicos, a possibilidade de aborto inseguro não pode ser totalmente descartada, principalmente em contextos de estigmatização, barreiras legais e ausência de suporte psicológico adequado. Assim, os dados reforçam que o aborto deve ser entendido como uma questão de saúde pública complexa, que transcende a dimensão biomédica e envolve determinantes sociais, culturais e legais.

Desta forma, sua presença em todos os estratos sociais evidencia que o enfrentamento do problema exige estratégias abrangentes, voltadas tanto para a ampliação da educação em saúde e do acesso aos métodos contraceptivos quanto para a redução das desigualdades estruturais que sustentam a vulnerabilidade feminina (DINIZ D, et al., 2012).

CONCLUSÃO

A frequência de aborto foi baixa na população e quando presente, a maioria foi espontâneo. Houve um caso de aborto provocado, considerado inseguro, pela literatura atual, tendo como motivação a falta de relacionamento estável, a idade jovem e a decisão consciente de não querer ser mãe. Embora nesta amostra de mulheres de elevado padrão socioeconômico tenha sido identificado apenas um caso de aborto provocado, esse achado evidencia que a prática não constitui exclusividade de mulheres negras ou em situação de vulnerabilidade social. O resultado reforça que o aborto está presente em diferentes estratos da sociedade brasileira, atravessando barreiras de classe e cor.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MCC, et al. Fatores associados ao aborto em mulheres em idade reprodutiva. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2016; 38(6): 273-9.
2. ARAÚJO FG, et al. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. Cadernos de Saúde Pública, 2023: 39(8): e00229322.
3. ARAÚJO FG, et al. Socioeconomic inequalities in contraceptive use among Brazilian women: A multilevel analysis stratified by parity. Heliyon, 2024; 10(14): e34833.
4. ARCIPRESTE APR, et al. Aborto e determinantes sociais da saúde: uma reflexão teórica sobre as políticas de saúde no Brasil. Rev Recien. 2021; 11(35): 398-407.
5. ARILHA MM. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(7): 1785-94.
6. BARBIAN J, et al. Anticoncepção de emergência em universitárias: prevalência de uso e falhas no conhecimento. Revista de Saúde Pública, 2021; 55: 74.
7. BERNARDI D, et al. Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade. Contextos Clínic, 2018; 11(2): 161-73.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2023. Brasília: INEP, BRASIL. Censo Demográfico 2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: 20 ago. 2025.
9. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2023. Brasília: INEP, 2024.
10. BRASIL. ANS. Agência Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 642, DE 11 DE AGOSTO DE 2025. IMPLANTE SUBDÉRMICO HORMONAL PARA CONTRACEPÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2025/res_0642_13_08_2025.html?utm_source=chatgpt.com. Acessado em: 10 setembro de 2025.
11. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório para a sociedade. Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada em adolescentes de 14 a 17 anos. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/sociedade/relatorio-para-sociedade-no-542-implante-subdermico-de-etonogestrel. Acessado em: 10 de setembro de 2025.
12. DINIZ D, et al. National Abortion Survey - Brazil, 2021. Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 28(6): 1601–06.
13. DINIZ D, MEDEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(7): 1699-1708.
14. DOMINGUES RMSM, et al. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cad. Saúde Pública 2020; 36(1) :e00190418.
15. CECATTI JG, et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. Rev. Bras. Ginec. Obstet., 2010; 32(3): 105-11.
16. DULAY AT. Abortamento espontâneo. MSD manual. 2022. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-na-gesta%C3%A7%C3%A3o/abortamento-espont%C3%A2neo. Acessado em: 1 de setembro de 2023.

17. FARAH D, et al. Willingness to pay for short- and long-acting contraceptives among female adolescents and their parents in Brazil: a pilot study. Einstein, 2021; 29(19): eAO6376.
18. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Febrasgo Position Statement. Uso de misoprostol em obstetrícia. 2023. Disponível em:< https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS_-_N6_-_Junho_2023_-_portugues.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.
19. FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de anticoncepção. FEBRASGO, 2015; 143p. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/ Acesso em: 21 ago. 2025.
20. GANATRA B, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet, 2017; 390(10110): 2372–81.
21. MARTINS COSTA SH, et al. Rotinas em Obstetrícia. Artmed, 2017, 912p.
22. MOTA JS. Utilização do google forms na pesquisa acadêmica. Revista Humanidades e Inovação, 2019; 6:372-380.
23. SANTOS GN, et al. Perfil do uso de anticoncepcional em estudantes de medicina. Revista Master – Ensino, Pesquisa e Extensão, 2018; 3(5): 37-40.
24. SANTOS GNP, et al. Perfil do uso de anticoncepcional em estudantes de medicina. Revista Master – Ensino, Pesquisa e Extensão, 2018; 3(5): 37-40
25. SELL SE, et al. Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015; 49 (3): 495-501.
26. VELOSO DLC, et al. Emergency contraception: knowledge and attitudes of nursing students. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2014; 35 (2): 33-9.
27. ZUGAIB M, FRANCISCO RPV. Zugaib Obstetrícia. Barueri, Manoele, 2016, 1329p.
28. ZIMMERMMANN JB, et al. Gestação de alto risco: do pré-natal ao puerpério. 1ed. Curitiba: Editora CRV. 2021; 880p.