

Perfil clínico-epidemiológico de mulheres em situação de abortamento em uma maternidade pública de São Luís-MA

Clinical and epidemiological profile of women in abortion situation in a public maternity of São Luís - MA

Roberto Destêrro¹, Silva Moreira Lima¹, Lilalea Gonçalves França², Raquel Castro Desterro Silva Moreira Lima³

Resumo: Introdução: O abortamento constitui um problema de saúde pública importante e representa uma mudança relevante na saúde física e psicológica da mulher. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, quantitativo de mulheres hospitalizadas por abortamento na Maternidade Estadual Benedito Leite, em São Luís do Maranhão, no ano de 2015. Foram analisadas 100 pacientes quanto aos aspectos socioeconômicos e causas de abortamento. Os dados foram analisados no software Excel e expressos em porcentagens e médias. **Resultados:** Houve predomínio da faixa etária entre 20 e 28 anos (57,0%), da cor parda (51,0%), em situação conjugal de união estável (45,0%), da procedência de São Luís – MA (81,0%), da escolaridade de ensino médio completo (49,0%), a maioria atuando em algum tipo de trabalho remunerado (42,0%) e com renda de 2 a 3 salários mínimos (62,0%). A maioria foi de não fumantes (100,0%), que não ingeriam bebidas alcoólicas (89,0%), sem realização de consultas pré-natal (61,0%), menarca de 13 anos ou mais (62,0%), sexarca de 15 a 18 anos (75,0%), com mais de um parceiro sexual (72,0%), sem doenças prévias (92,0%), sem abortamento prévio (82,0%), tendo realizado aborto tipo espontâneo (88,0%), sem causa referida (81,0%), 100,0% fizeram curetagem e 82,0% abortaram até a 12^a semana de gestação. **Conclusão:** O abortamento ocorreu em sua maioria em mulheres jovens, com condições socioeconômicas precárias, com poucos fatores de risco e mais frequentemente do tipo espontâneo.

Palavras-Chave: Aborto. Saúde da mulher. Gestação.

Abstract: Introduction: The abortion is a serious problem of public health and an important change in physical and psychological health of the woman. **Methodology:** A descriptive and quantitative study was made with hospitalized women because of abortion in Maternidade Estadual Benedito Leite, in São Luís, capital of the state of Maranhão, in 2015. One hundred patients were analyzed in socio-economic aspects and causes of abortion. Data were analyzed in Excel software and described in percentages and means. **Results:** There was a dominant amount of women between the ages of 20 and 28 years old (57,0%), brown (51,0%), in stable union (45,0%), from São Luís – MA (81,0%), with complete high school education (49,0%), which had a paid work (42,0%), and with an income of 2 or 3 minimal wages (62,0%). The majority was non-smoking (100,0%), non-alcohol drinker (89,0%), with no pre-natal check-up (61,0%), menarche at 13 years of age or more (62,0%), first sexual intercourse between 15 and 18 years of age (75,0%), with more than 1 sexual partner (72,0%), no previous diseases (92,0%), no previous abortions (82,0%), having spontaneous abortion (88,0%), with unknown cause (81,0%), 100,0% were submitted to curettage and 82,0% aborted before the 12th pregnancy week. **Conclusion:** The abortion happened at it most in young women, with poor socioeconomic conditions, with few risk factors and more often spontaneous type.

Key-Words: Abortion. Woman's health. Pregnancy

1 – Graduado do Curso de Medicina – UNICEUMA

2 – Docente – UNICEUMA

3 – Médica do Hospital Universitário/MA

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o abortamento como a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda do concepto até a 22ª semana completa ou, em caso de idade gestacional desconhecida, peso fetal inferior a 500mg ou medindo menos de 16 cm¹. Pode ser classificado quanto ao tipo, sendo considerado espontâneo quando o organismo expulsa o feto, geralmente devido a problemas de saúde da mulher ou do feto ou provocado quando é feito intencionalmente pela utilização de processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ainda ser classificado em duas outras formas, de acordo com a motivação da mulher em voluntário ou involuntário da gestante, e ser considerado legal ou ilegal perante a lei².

No mundo todo, as leis quanto à legalização do aborto variam bastante. Na França é considerada legal a prática do aborto até a 12ª semana de gestação ou em situações que coloquem a vida da gestante em risco. Nos Estados Unidos, durante o 1º trimestre de gestação o aborto é livre, por decisão da mãe aconselhada pelo médico; no segundo trimestre, o aborto é permitido, mas o estado poderia regulamentar o exercício deste direito visando proteger a saúde da mulher; e no terceiro trimestre os governos podem intervir no aborto, objetivando a proteção da criança³.

O Código Penal, em seu Artigo 128, diz que “Não se pune o aborto praticado por médico: I – Se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II – Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”⁴.

Os abortos podem ser classificados quanto à idade gestacional e quanto à periodicidade em abortamento precoce, tardio e habitual. É dito precoce quando ocorre até 12 semanas e tardio entre 13 e 22 semanas de gestação⁵. Pode ainda ser classificado em abortamento habitual, podendo ser definido quando ocorrer três abortamentos espontâneos consecutivos⁶.

A OMS estima que, no mundo todo, cerca de 500 mil mulheres morrem a cada ano de causas relacionadas à gestação, sendo 98% das mesmas em países em desenvolvimento, onde ainda 15% correspondem a complicações de aborto⁷. Nos anos 1990, no Brasil, o aborto induzido ficou entre a terceira e a quarta causa de mortalidade materna. A estimativa oficial da razão de morte materna é de 76/100.000⁸.

Desde 1980 registra-se a subnotificação das mortes por aborto, apontadas como as mais mal notificadas dentre as mortes maternas⁹. Em 2002, uma pesquisa realizada em capitais brasileiras e no Distrito Federal evidenciou que 11,4% dos óbitos maternos foram devido a complicações de abortos¹⁰. Outros estudos mostram valores que chegam a mais de 1 milhão de abortos induzidos realizados no período de 1 ano, mostrando ainda

que sua maioria ocorreu nas regiões do nordeste e sudeste do país. Esses valores podem ser ainda maiores devido ao alto número de mulheres que omitem terem induzido o aborto em pesquisas com perguntas diretas⁸.

A maioria dos abortamentos espontâneos ocorre dentro das primeiras 12 semanas de gestação. A morte do embrião ou feto quase sempre precede a expulsão espontânea, que normalmente é acompanhada de hemorragia. A esta situação se segue a necrose do tecido adjacente que estimula as contrações uterinas e consequentemente a expulsão. Um saco gestacional intacto é geralmente preenchido pelo líquido e pode ou não conter um embrião ou feto¹¹.

São várias as causas que podem levar a um abortamento espontâneo. Dentre elas existem as anormalidades cromossômicas, que correspondem a 50% desses abortamentos; há também as desordens anatômicas como miomas, malformações uterinas; as doenças endócrinas incluindo hipotireoidismo e diabetes mellitus insulino-dependente descompensado no momento da concepção; a síndrome dos ovários policísticos; os distúrbios imunológicos; e os processos infecciosos como a rubéola, o citomegalovírus, a malária, a toxoplasmose dentre outras¹².

Além da idade menor que 15 e maior que 35 anos e abortamentos anteriores, outros fatores de risco para o abortamento incluem o alcoolismo, tabagismo, peso materno (IMC < 19 ou > 30 kg/m²), exposições a agentes

químicos, físicos e biológicos nocivos, certas condições clínicas como hipertensão, diabetes e doenças infecciosas e a não realização de consultas pré-natal¹³.

Para realizar a retirada do conteúdo intrauterino existem métodos cirúrgicos e clínicos. Dentre os cirúrgicos existem a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), que é o procedimento escolhido em gestações menores que 12 semanas, assim como a aspiração a vácuo. Quando a idade gestacional for superior a 12 semanas ou quando não for possível realizar a AMIU, o método de escolha é a curetagem⁷. A microcesariana é um método menos usado reservado para quando não for possível se resolver por via vaginal¹.

Dentre os métodos clínicos, a perfusão venosa de ocitocina pode ser feita até a expulsão do feto, seguida de esvaziamento uterino cirúrgico⁷. Além desse, o uso de misoprostol pode ser utilizado para favorecer a expulsão fetal¹.

O abortamento constitui um problema de saúde pública importante e representa uma mudança relevante na saúde física e psicológica da mulher. Desta forma, o presente estudo poderá contribuir para o conhecimento científico e possíveis melhorias na qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, objetivando traçar o perfil clínico-epidemiológico do aborto e caracterizando as mulheres internadas por abortamento.

Material e Métodos

O projeto deste estudo foi enviado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Universidade CEUMA em julho de 2015, obtendo aprovação para sua execução em setembro do mesmo ano, com o parecer consubstanciado número 1.199.377.

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo realizado no período de outubro de 2015, na Maternidade Estadual Benedito Leite, em São Luís, Maranhão, que avaliou mulheres internadas por abortamento em faixa etária reprodutiva que se propuseram voluntariamente a fornecer dados necessários ao estudo. Foram excluídas as mulheres analfabetas e que optaram por não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cem mulheres foram consideradas aptas a participar do estudo.

O estudo teve as seguintes variáveis: idade, cor, situação conjugal, procedência, grau de escolaridade, ocupação habitual, renda familiar, tabagismo, alcoolismo, consultas pré-natal, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, existência de mais de um parceiro sexual, existência de doenças prévias e de abortamento prévio, tipo, causa e método de abortamento.

A idade foi expressa em anos (até 19 anos, de 20 a 28, de 29 a 37 e maior que 38 anos); a cor foi descrita em “branca”, “parda”, “preta” ou “amarela” de acordo com o referido pela paciente; a situação conjugal das pacientes foi classificada em “solteira”, “casada”, “divorciada”, “viúva” e “união estável”. A procedência foi classificada em “São Luís”, “interior do Maranhão” e “outro estado”.

O grau de escolaridade constou de “Ensino Fundamental

incompleto”, “Ensino Fundamental completo”, “Ensino Médio incompleto”, “Ensino Médio completo”, “Ensino Superior incompleto” e “Ensino Superior completo”. A ocupação habitual foi classificada em “Estudante”, “Atividade do lar” e “Trabalho remunerado”. A renda familiar foi expressa em salários mínimos (até 1, de 2 a 3, 4 ou mais ou não sabe).

O tabagismo foi avaliado apenas pela resposta “sim” ou “não” ao fumo; da mesma forma foi avaliado o alcoolismo, pela resposta “sim” ou “não”. Quanto ao número de consultas pré-natal foi dividido em grupos em Nenhuma, 1 a 3, e 4 ou mais. A idade da menarca foi dada em anos, divididos em menor de 10, 11 a 12 e 13 anos ou mais. A idade da primeira relação sexual foi dada em anos em até 14, de 15 a 18 e mais de 18 anos. Foi interrogada a existência de um ou mais parceiro sexual, além da existência de doenças prévias e de abortamento prévio. A idade gestacional na data do abortamento foi classificada em menos de 12 semanas, mais de 12 semanas ou não referida.

Foi aplicado um formulário sobre os dados socioeconômicos e clínicos das mulheres em situação de abortamento. Inicialmente foi feito um estudo piloto com dez pacientes para avaliar a abrangência do instrumento de coleta. Os dados obtidos foram digitados em um banco de dados no software Excel.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma (CEP) em atendimento às exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a pesquisa envolvendo seres

humanos. Foi garantida a confidencialidade das fontes de informação, sem identificação de qualquer sujeito participante do estudo. Foi solicitada de todas as participantes a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A seguir serão apresentados os dados coletados de 1º setembro a 31 de outubro de 2015, relativos a 100 mulheres em situação de abortamento internadas na Maternidade Estadual Benedito Leite, em São Luís, MA.

Na Tabela 1, podem ser observadas as principais

características demográficas dessas pacientes – predominou a faixa etária de 20 a 28 anos (57,0%), a cor parda (51,0%), a situação conjugal de união estável (45,0%) e a procedência de São Luís, capital do estado do Maranhão (81,0%). Na Tabela 2 são apresentadas as principais características socioeconômicas das mulheres em situação de abortamento. A escolaridade referida pelas pacientes foi de 49,0% de Ensino Médio completo, seguida de 26,0% de Ensino Médio incompleto. A ocupação habitual das pacientes foi de 42,0% de trabalho remunerado, seguida de 39,0% de atividade do lar; e a renda familiar das pacientes, foi de 62,0% de 2 a 3 salários mínimos.

Tabela 1. Características demográficas das mulheres internadas por abortamento. São Luís, Maranhão, 2015.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
Até 19	17	17,0
20-28	57	57,0
29-37	23	23,0
38 ou mais	3	3,0
Total	100	100,0
Cor		
Branca	35	35,0
Parda	51	51,0
Preta	14	14,0
Amarela	0	0,0
Total	100	100,0
Situação conjugal		
Solteira	27	27,0
Casada	28	28,0
Divorciada	0	0,0
Viúva	0	0,0
União estável	45	45,0
Total	100	100,0
Procedência		
São Luís	81	81,0
Interior do Maranhão	19	19,0
Outro estado	0	0,0
Total	100	100,0

Tabela 2. Características socioeconômicas das mulheres internadas por abortamento. São Luís, Maranhão, 2015.

Variáveis	n	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	10	10,0
Ensino Fundamental completo	3	3,0
Ensino Médio incompleto	26	26,0
Ensino Médio completo	49	49,0
Ensino Superior incompleto	5	5,0
Ensino Superior completo	7	7,0
Total	100	100,0
Ocupação habitual		
Estudante	19	19,0
Atividade do lar	39	39,0
Trabalho remunerado	42	42,0
Total	100	100,0
Renda (salário mínimo)		
Até 1	20	20,0
2-3	62	62,0
4 ou mais	18	18,0
Total	100	100,0

Com relação aos fatores de risco apresentados pelas mulheres em situação de abortamento, foi referido não fumar em 100,0% delas e não ingerir bebidas alcoólicas em 89,0%. Sessenta e um por cento das pacientes referiram não ter feito nenhuma consulta pré-natal. A menarca dessas mulheres ocorreu em 62,0% na idade de 13 anos ou mais e a primeira relação sexual em 75,0% aconteceu nas idades de 15 a 18 anos. Setenta e dois por cento tiveram mais de um parceiro sexual. Poucas pacientes referiram ter doenças prévias como Mioma (3,0%), Hipertensão (2,0%) e

Ovários policísticos (2,0%); a maioria (92,0%) negou ter qualquer doença prévia ao abortamento. Oitenta e dois por cento das mulheres nunca passaram pela situação de abortamento antes (Tabela 3).

As características do abortamento sofrido pelas mulheres estudadas podem ser observadas na Tabela 4. O abortamento espontâneo aconteceu em 88,0% das mulheres. As mesmas referiram causas variadas para o abortamento; entre elas 5,0% foi uso de misoprostol, 7,0% ocasionadas por queda e 81,0%

Tabela 3. Fatores de risco de mulheres internadas por abortamento. São Luís, Maranhão, 2015.

Variáveis	n	%
Fumo		
Sim	0	0,0
Não	100	100,0
Total	100	100,0
Álcool		
Sim	11	11,0
Não	89	89,0
Total	100	100,0
Consultas pré-natal		
Nenhuma	61	61,0
1-3	37	37,0
4 ou mais	2	2,0
Total	100	100,0
Idade na época da menarca (anos)		
Até 10	2	2,0
11-12	36	36,0
13 ou mais	62	62,0
Total	100	100,0
Idade na época da 1ª relação sexual (anos)		
Até 14	10	10,0
15 a 18	75	75,0
19 ou mais	15	15,0
Total	100	100,0
Número de parceiros sexuais		
Um	28	28,0
Mais de um	72	72,0
Total	100	100,0
Doenças prévias		
Infecção urinária	1	1,0
Hipertensão	2	2,0
Mioma	3	3,0
Ovários policísticos	2	2,0
Nenhuma	92	92,0
Total	100	100,0
Abortamento prévio		
Sim	18	18,0
Não	82	82,0
Total	100	100,0

Tabela 4. Características do abortamento sofrido pelas mulheres internadas. São Luís, Maranhão, 2015.

Variáveis	n	%
Tipo		
Espontâneo	88	88,0
Provocado	12	12,0
Total	100	100,0
Causa referida do abortamento		
Descolamento de placenta	1	1,0
Gravidez embrionária	4	4,0
Gravidez tubária	1	1,0
Malformação fetal	1	1,0
Uso de misoprostol	5	5,0
Queda	7	7,0
Não referida	81	81,0
Total	100	100,0
Método do abortamento no hospital		
Curetagem	100	100,0
Outros	0	0,0
Total	100	100,0
Idade gestacional na data do abortamento		
Até 12 semanas	82	82,0
Mais de 12 semanas	14	14,0
Não referida	4	4,0
Total	100	100,0

não referiram causa. Na maternidade, o método da curetagem foi feito em 100,0% das pacientes estudadas. A idade gestacional na data do abortamento foi de até 12 semanas em 82,0% dos casos.

Discussão

O registro de 57,0% de mulheres na faixa etária de 20 a 28 anos foi maior que o encontrado por pesquisadores em uma Maternidade Escola do Recife (48,9%), que estudaram 160 mulheres no período de 2005 a 2006¹⁴. No entanto, foi semelhante a um estudo sobre abortamento em uma favela de São Paulo, que mostrou a média de idade de 23,1 anos¹⁵.

A cor parda encontrada em pouco mais da metade dos casos foi referida pelas pacientes, sendo assim um dado subjetivo, não permitindo fazer inferências. Numa pesquisa na favela de São Paulo foram encontrados 52,6% de mulheres pardas/mulatas, corroborando o presente estudo¹⁵.

A situação de mulheres casadas de 28,0%, somadas a de mulheres em união estável no presente estudo é menor que o encontrado no estudo realizado pela Maternidade Escola na Cidade do Recife, que encontrou 90,1% de mulheres com companheiros fixos¹⁴.

Compreende-se que a procedência de 81,0% das mulheres seja de São Luís devido à localização da Maternidade Benedito Leite nesta capital.

Mais da metade das pacientes estudadas possuíam ensino médio completo ou chegaram até o nível superior. Contudo, houve discordância de uma pesquisa em capitais brasileiras no ano de 2012 sobre aborto ilegal que mostrou maior frequência entre mulheres de escolaridade mais baixa (39,0%)¹⁶. O Ministério da Saúde, em 2009, descreveu o perfil educacional dessas mulheres mostrando aumento no número de anos na escola, mas a maioria com até 8 anos de estudo⁸.

A renda mensal referida pelas pacientes estudadas de 62,0% de 2 a 3 salários mínimos coincidiu com outro trabalho realizado na mesma cidade envolvendo maternidades públicas não específicas, onde o mesmo apresentou uma maioria de 57,5% de mulheres com renda entre 1 a 3 salários mínimos¹⁷. A renda familiar de até 3 salários mínimos, faz parte do perfil de mulheres que sofreram abortamento descrito pelo Ministério da Saúde em 2009 sobre 20 anos do aborto e saúde pública no Brasil⁸.

Quanto à ocupação, mulheres com trabalho remunerado superaram em pouco as pacientes que têm como ocupação atividades do lar, diferindo de estudos que apresentaram a situação contrária onde mais da metade correspondem a atividades do lar (56,82%)¹⁸. Esse perfil de mulheres do lar, no entanto, veio mudando ao longo dos anos, corroborando com o encontrado no presente trabalho⁸.

O presente estudo não evidenciou o uso do fumo entre as mulheres avaliadas, o que corrobora com o estudo feito em um hospital universitário de Porto Alegre, RS, no ano de 2008, que estudou fatores

associados ao tabagismo na gestação e apontou uma minoria de fumantes (19,1%)¹⁹.

O alcoolismo foi um fator de risco encontrado entre as mulheres estudadas, mostrando um registro de 11,0% de ingestão durante a gestação, enquanto o estudo sobre o consumo de bebida alcoólica entre gestantes em um ambulatório de pré-natal em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2006, mostrou um registro de 10%²⁰.

A maioria das pacientes no presente estudo teve poucas consultas pré-natal, sendo 98,0% com menos de 4 consultas. O estudo sobre fatores associados ao uso do álcool e cigarro realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro entre 1999 e 2006 mostrou uma média de 8,2 consultas²¹.

A idade de menarca de 13 anos ou mais em 62,0% das mulheres foi próxima do encontrado em outro estudo. Quanto à sexarca, o resultado foi de 75,0% para idades entre 15 e 18 anos. No estudo sobre o aborto entre adolescentes atendidas em uma maternidade pública de Teresina, o resultado para menarca encontrado foi de 12 – 13 em 66,0% e o da sexarca foi de 95,0% para menores de 16 anos²².

O número de abortos foi maior em mulheres com mais parceiros sexuais (72,0%), assim como no estudo realizado sobre a vulnerabilidade de mulheres jovens à violência sexual e aborto, nos anos de 2001 e 2002, em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, que evidenciou 86,2%²³.

Em relação a abortamentos prévios, foi encontrado a porcentagem de 82,0% de mulheres que referiram

não ter tido abortamento anterior, resultado próximo ao relatado em outro estudo que mostrou o registro de 75,4% das mulheres referindo a mesma situação²⁴.

Em relação ao tipo de abortamento, houve concordância com outros estudos, mostrando uma maioria de abortos do tipo espontâneo (88,0%)²⁵. A maioria das pacientes (81,0%) não referiu causa. Desta forma, sendo um dado referido não permite fazer inferências. O método da curetagem, feito em 100,0% das pacientes estudadas, corresponde ao procedimento mais frequente em abortamentos dentro de maternidades²⁶. A idade gestacional na data do abortamento teve sua maioria em abortos que ocorreram em até 12 semanas, correspondendo a 82,0% dos casos; esse valor coincide com a maioria dos abortamentos descritos na literatura¹¹.

Conclusão

Concluiu-se que as mulheres em situação de abortamento na Maternidade Benedito Leite, em São Luís – MA encontram-se na faixa etária jovem, em união estável e com condições socioeconômicas precárias. Houve poucos fatores de risco, mas a maioria não fez consulta pré-natal. A maioria referiu aborto espontâneo e fez curetagem na maternidade.

O abortamento constitui-se num importante problema de saúde pública no Brasil. Políticas públicas direcionadas para esta problemática devem se fazer presentes nas mulheres desde a escola, com uma

educação voltada para a prevenção de gravidez indesejada, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o aconselhamento e a informação adequados para o planejamento familiar e o acompanhamento pré-natal precoce. Desta forma o presente trabalho espera ter contribuído com informações relevantes para os gestores públicos atuarem na promoção da saúde da mulher.

Referências

1. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. 2010. [acesso 2015 abr4]. Disponível em: <http://professor.ucq.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%C3%8ANCIA%20A%20PARTO,%20PUERP%C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>
2. Pinto AP; Tocci HA. O aborto provocado e suas consequências. Rev Enferm UNISA 2003; 4:56-61. [acesso 2015 abr4]. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-13.pdf>.
3. Sarmiento D. Legalização do Aborto e Constituição. Mundo Jurídico, 2005. [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.mundojuridico.adv.br>.
4. Brasil. Lei n. 2848 de 7 de dezembro de 1940. Dos crimes contra a pessoa. Dos crimes

- contra a vida. Código Penal. Art.128. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1940.
5. Ribeiro GG, Alencar CA. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. Protocolos de Conduta – Obstetrícia. 2013. [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://www.meac.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/File/PROTOCOLO%20OBSTETRICIA/obstetriciaa bril2013/obstetriciacap1.pdf
 6. Copeland, L. Tratado de Ginecologia. Editorial Médica Panamericana, 2002.
 7. WHO. World Health Organization. Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva: World Health Organization; 1995. [acesso 2015 mar 28]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9241544694.pdf>
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf.
 8. Valongueiro S. Mortalidade materna por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. Anais do 12º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. [acesso 2015 mar 16]. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20%28materna%29%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos%20e%20Instrumentos%20de%20Estima%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mortalidade%20Materna.pdf>
 9. Laurenti R; Jorge MHPM; Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 7, n 4, 2004. [acesso 2015 abr3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf>.
 10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. Williams Obstetrics. 24ª edição, McGraw-Hill, 2014.
 11. Barini R; Sarno M; Couto E; Zaccaria R; Cavalcante M; Silva JLP. Revisão sobre as Diferentes Etiologias no Aborto Espontâneo Recorrente. **Femina**, v. 34 n. 8, p. 533-6, 2006. [acesso 2015 abr4]. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_34-8-533.pdf
 12. MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
 13. Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AI. Mulheres hospitalizadas

- em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. *RevEscEnferm USP* 2010; 44(3):605-10.
14. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. *RevBrasEpidemiol* 2008; 11(1): 78-88.
15. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, 2012.
16. Araújo MCR, Mochel EG. Aborto provocado: fatores associados em mulheres admitidas em maternidades públicas em São Luís - MA, 2006. *Rev. paul. enferm*;27(2):[79-86], abr.- jun. 2008. tab.
17. Domingos SRF, Merighi MAB, Faria ECR, Ferreira LMG. Características dos abortamentos de mulheres atendidas em uma instituição hospitalar filantrópica de Caratinga – MG. *Rev. Min. Enferm.*;15(4): 504-512, out./dez., 2011.
18. Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.18(4):[08 telas] jul-ago 2010.
19. Oliveira TR, Simões SMF. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Esc Anna Nery RevEnferm*2007 dez; 11 (4): 632 - 8.
20. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *RevBrasGinecol Obstet.* 2009; 31(7):335-41.
21. Monteiro Esh, Silva IP, Sousa SS. Perfil socioeconômico e epidemiológico do aborto entre adolescentes atendidas em uma maternidade pública de Teresina. *R. Interd.* v. 8, n. 1, p. 194-203, jan. fev. mar. 2015.
22. Pilecco FB. Aborto e violência sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres e jovens. 2010. 141f. [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.
23. Borges A, Correia T, Abrantes A. Perfil das mulheres que sofreram abortamento espontâneo. XVI Encontro Nacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Livro de Resumos. Aveiro. p. 41-42. 2013.
24. Botelho NM, Araújo SG, Souza DC. Aspectos clínico-epidemiológicos das mulheres pós-abortamento em hospital de referência. 2008. [Trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal do Pará.
25. Brasil. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.