

## **Mulheres hospitalizadas por abortamento e os métodos conhecidos para indução do abortamento**

## **Women hospitalized for abortion and the known methods for inducing abortion**

Manoella Brito Alves Veras<sup>1</sup>

Yasmin Cavalcanti de Assis<sup>1</sup>

Karla da Silva Ramos<sup>2</sup>

Silvana Torres de Almeida<sup>2</sup>

### **Instituições:**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife, PE.  
E-mail: [imip@imip.org.br](mailto:imip@imip.org.br)

Faculdade Pernambucana de Saúde. Departamento de Enfermagem. Recife, PE.  
E-mail: [contato@fps.edu.br](mailto:contato@fps.edu.br)

<sup>1</sup>Enfermeiranda. Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

<sup>2</sup>Enfermeira. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

**Resumo:**

**Objetivo:** Descrever as formas clínicas do abortamento, bem como os métodos abortivos conhecidos pelas mulheres que foram hospitalizadas por abortamento. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional, quantitativo e descritivo. Realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, na cidade do Recife. A amostra foi composta por 160 mulheres que foram internadas por abortamento. Os critérios de inclusão: Mulheres internadas por abortamento de até 20 semanas ou abortamento com feto que pesava menos que 500. A coleta de dados foi realizada no mês de julho e os dados foram coletados a partir de um banco de dados secundário utilizado na pesquisa “Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade-Escola na cidade do Recife: um estudo de corte transversal”, com autorização dos respectivos autores. Foi utilizado um formulário especificamente elaborado para estes fins. **Resultados:** O diagnóstico na sua maioria foi de abortamento incompleto (52,5%), a faixa etária de 20 a 29 anos (48,9%), 72,0% das mulheres tinham mais de oito anos de estudo, e 80,0% das mulheres conheciam o Misoprostol/Cytotec® como método para abortar. **Conclusão:** Desde os anos 90 o perfil sócio demográfico continua praticamente o mesmo, que o medicamento misoprostol, continua sendo o mais utilizado entre as mulheres de todas as classes sociais.

**Descritores:** abortamento induzido, aborto, mortalidade

## **Abstract**

**Objective:** To describe the clinical forms of abortion and the abortion methods known by women who were hospitalized for abortion. **Methods:** We conducted an observational, quantitative and descriptive. Held at the Instituto de Medicina Integral Professor. Fernando Figueira - IMIP in the city of Recife. The sample consisted of 160 women who were hospitalized for abortion. Inclusion criteria Women hospitalized for abortion up to 20 weeks or abortion with fetus that weighed less than 500. Data collection was conducted in July and the data were collected from a secondary database used in the study "Women hospitalized for abortion in a Maternity School in Recife: a cross-sectional study," with permission of their respective authors. We used a form specifically designed for this purpose. **Results:** The diagnosis was mostly incomplete abortion (52.5%), age range 20-29 years (48.9%), 72.0% of women had more than eight years of study, and 80.0% of women knew misoprostol / Cytotec ® as a method to abort. **Conclusion:** Since the 90s the socio demographic remains virtually the same, the drug misoprostol, remains the most widely used among women of all social classes.

**Keywords:** induced abortion, miscarriage, mortality

## **Introdução**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o abortamento deve ser considerado como a interrupção voluntária ou não com o feto pesando menos de 500 gramas da gravidez até a vigésima semana de gestação<sup>1</sup>. O Ministério da Saúde do Brasil (MS) adota a seguinte definição: abortamento é a interrupção da gravidez até a 20<sup>a</sup> - 22<sup>a</sup> semana de gestação e com o produto da concepção pesando menos de 500g; aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento<sup>2</sup>. É uma intercorrência obstétrica, que pode ocorrer espontaneamente ou de forma induzida<sup>3</sup>. O aborto espontâneo é quando há a interrupção da gravidez sem qualquer intervenção<sup>4</sup>, sendo o aborto induzido classificado como legais e ilegais, de acordo com o código penal e as normas que regulamentam a prática médica de cada país, considerado uma importante questão de saúde pública, porque afeta a estimativa da mortalidade materna<sup>5,6</sup>.

No mundo, a prevalência de aborto induzido é de 19 a 20 milhões, sendo que 97% pertencem a países em desenvolvimento, apesar de que a maior prevalência é para a América Latina<sup>7</sup>. Infelizmente, o Brasil lidera nesse assunto, com um total de quatro milhões de aborto por ano. Uma em cada nove mulheres induz um aborto para terminar uma gravidez indesejada e não planejada. Sabe-se que a prática do aborto provocado em uma gravidez não planejada e não desejada é bastante frequente entre as mulheres brasileiras, das diferentes classes sociais<sup>8</sup>. Em pesquisa em 2010, no Brasil, 15% das mulheres entrevistadas relataram ter realizado aborto alguma vez na vida<sup>9</sup>.

Segundo a OMS, 31% dos casos de gravidez terminam em abortamento e anualmente ocorrem 1,4 milhões de abortamento espontâneo e inseguro<sup>10</sup>. Apesar de que, não se pode dar um número certo, já que no Brasil o aborto ainda é considerado

ilegal, e é na sua maioria realizado de forma clandestina e em condições precárias. Colocando as mulheres em um procedimento inseguro, pondo risco na sua própria vida. As mulheres com maior poder aquisitivo utilizam clínicas especializadas, tendo uma assistência qualificada. Enquanto as que têm baixo poder aquisitivo se submetem a métodos rudimentares em mãos não habilitadas, levando a graves complicações e até a morte materna<sup>10</sup>. O abortamento, no Brasil, é responsável por 10 a 15% dos óbitos maternos, sendo a quarta causa de óbito materno<sup>11</sup>. Apenas no ano de 2002, em Recife, o abortamento foi responsável por 9% dos óbitos<sup>12</sup>.

Segundo o Art. 128 do Código Penal (Decreto Lei 2848/40), o aborto ainda é considerado crime, com exceção se for realizado por um médico em apenas dois casos: em caso de estupro, risco de vida para a mãe. Existe o projeto de lei do Senado, Nº 50 de 2011 que tem o objetivo de inserir inciso III ao art. 128 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 1940 para incluir os casos de anencefalia fetal<sup>13,14</sup>. Por causar diversas opiniões em diferentes campos, a mulher que o realiza é vista como uma criminosa, como alguém que cometeu um delito<sup>5</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) foi observado que as mulheres que abortam são em sua maioria jovens, entre 20 a 29 anos, em união estável, trabalham, tem pelo menos um filho, são usuárias de contraceptivos e acabam utilizando o misoprostol, sendo este, um dos principais métodos abortivos<sup>15</sup>.

Existem várias formas clínicas de aborto. No aborto completo, ocorre a expulsão completa de todo o tecido presente no útero, sem precisar de intervenção médica. Quando apenas parte do tecido é eliminada e ainda ocorre hemorragia por causa dos restos fetais e embrionários no útero é o abortamento incompleto. No abortamento inevitável, o estágio se encontra avançado, não existindo forma de evitar o aborto. Em relação ao abortamento retido é quando há a morte fetal, mas não ocorre a expulsão, não

havendo sangramento vaginal. Pode ocorrer o aborto infectado, onde há presença de infecção intra-uterina devido a manipulação inadequada da cavidade uterina. Algumas mulheres sofrem de abortamento habitual, esta forma é designada quando ocorrem abortos consecutivos, repetidos por três ou mais vezes, ocorrendo em cerca de 1% das mulheres em idade reprodutiva<sup>16</sup>.

O mais danoso é aborto inseguro / induzido, que ocorre quando o procedimento é realizado por pessoa não habilitada ou em ambiente não seguro<sup>17</sup>. Nas grandes capitais do país, é comum a prática clandestina do aborto em clínicas privadas, onde técnicas modernas, como a aspiração uterina a vácuo, são utilizadas. Estes procedimentos são caros e o seu acesso é restrito a mulheres de alta renda<sup>18</sup>. Vários estudos indicam que o uso da técnica de aspiração manual a vácuo (AMV) pode conservar recursos do sistema de saúde e melhorar a qualidade do tratamento do aborto, no Brasil, é procedimento de rotina nos hospitais e clínicas privados, entretanto, na maioria dos hospitais da rede pública é utilizada somente a técnica de dilatação e curetagem (D&C). Os resultados sugerem que o uso da AMV, em substituição a D&C, no tratamento do aborto incompleto, pode reduzir em até 41% o custo médio do tratamento e em 77% o tempo médio de hospitalização<sup>19</sup>. As mulheres de baixa renda terminam se submetendo a métodos não confiáveis, onde são utilizadas medidas de alto risco à saúde, realizadas pelos chamados ‘aborteiros’, ou elas se automedicam com drogas abortivas de eficácia não comprovada, geralmente vendida sem prescrição médica em farmácias<sup>18</sup>. A estimativa, publicada esse ano de 2012, pela OMS é de que 22 milhões de mulheres se submetam a abortos inseguros<sup>20</sup>.

Cerca de metade das mulheres que fizeram aborto utilizaram algum tipo de medicamento para induzi-lo. Os abortos ilegais causados por medicamentos acabam

sendo mais seguros do que os de outros meios, em particular quando o medicamento usado é o misoprostol, popularizado no Brasil na década de noventa<sup>20</sup>.

O misoprostol (Cytotec) é licenciado no Brasil, com indicação médica para o tratamento de úlceras gástricas e duodenais, por ter efeito uterotônico, é contra-indicada para uso durante a gravidez. Estudos recentes indicam que a eficácia do misoprostol como abortivo varia entre 40% e 70%<sup>8</sup>. Algumas mulheres associam o misoprostol com chás abortivos tradicionais (“chapoeiradas”), que são feitas pela concentração de ervas em cachaça<sup>20</sup>.

Os números de internação por motivo de complicações (eclampsias, hemorragias e infecções) pós-aborto são elevados e fazendo com que o aborto seja um problema de saúde pública no Brasil. Cerca de metade das mulheres que fizeram qualquer tipo de procedimento abortivo recorreram ao sistema de saúde e foram internadas. Grande quantidade dessas internações poderiam ter sido evitadas se o aborto não fosse tratado como atividade clandestina e o acesso aos medicamentos seguros para aborto fosse garantido<sup>6,9</sup>.

Diante do número de internamentos por abortamento surgiu a necessidade de conhecer a possível realidade do abortamento sem se tratando das formas e clínicas e se as mulheres que sofreram o abortamento conheciam algum tipo de método abortivo.

### **Objetivo**

Descrever as formas clínicas do abortamento, bem como os métodos abortivos conhecidos pelas mulheres que foram hospitalizadas por abortamento.

## **Métodos**

Realizou-se um estudo observacional, quantitativo e descritivo. Sendo este estudo realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, na cidade do Recife, o qual é uma entidade de natureza pública, sem fins lucrativos, e é credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência para programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Este serviço localiza-se no bairro da Boa Vista da cidade do Recife, Pernambuco. A amostra foi composta por 160 mulheres que foram internadas por abortamento. Os critérios de inclusão Mulheres internadas por abortamento de até 20 semanas ou abortamento com feto que pesava menos que 500 gramas e os utilizados para exclusão foram, gravidade do estado clínico que impedia a entrevista e incapacidade física e ou mental das mulheres, impossibilitando as entrevistas. A coleta de dados foi realizada no mês de julho e os dados foram coletados a partir de um banco de dados secundário utilizado na pesquisa “Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade-Escola na cidade do Recife: um estudo de corte transversal”, com autorização dos respectivos autores. Foi utilizado um formulário especificamente elaborado para estes fins. Posteriormente os dados foram incluídos em um banco de dados elaborado no programa EpiInfo 2000, posteriormente os dados foram analisados pelo programa EpiInfo 2000 e Stata 9.2., sendo elaboradas tabelas com distribuição de frequência e a análise estatística foi realizada através da avaliação de frequências simples. O estudo atendeu as determinações da Declaração de Helsinque e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e a pesquisa inicial foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do IMIP com o número 649/2005. O mesmo não envolveu nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, não representando, portanto, nenhum risco

adicional. Foi assegurada a confidencialidade das fontes dos dados e a não identificação das mesmas.

## Resultados

Na Tabela 1 observa-se que o diagnóstico no internamento na maioria foi de abortamento incompleto, correspondendo há 52,5%, principalmente até 12 semanas de gestação (36,9%), seguido de abortamento inevitável representado por 24,4%, que ocorreu após as 12 semanas de gestação (15,6%).

Tabela 1 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo idade gestacional e classificação do abortamento na admissão. IMIP, Recife, 2012.

Hipótese Diagnóstica na admissão (Formas clínicas)	Idade Gestacional						Total	
	≤ 12 sem		> 12 sem		Desconhecida			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Incompleto	59	36,9	20	12,5	5	3,1	84	52,5
Inevitável	12	7,5	25	15,6	2	1,3	39	24,4
Infectado	11	6,9	11	6,9	1	0,6	23	14,4
Retido	6	3,8	5	3,1	-	-	11	6,9
Completo	1	0,6	1	0,6	1	0,6	3	1,8
Total	89	55,7	62	38,7	9	5,6	160	100,0

Fonte: IMIP.

Na Tabela 2 observa-se que a maior incidência de abortamento ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 48,9% do total dos casos, em relação as adolescentes estas representaram 17,9% da população. Em se tratando da escolaridade, observou-se que 72,0% das mulheres tinham mais de oito anos de estudo. Em relação a procedência cerca da metade das mulheres (50,7%) residiam na cidade do Recife. “Outras cidades” que incluiu o interior do estado representaram 49,3% da amostra. Quando se observa os dados em relação a atividade remunerada da mulher, observa-se

que 50,0% recebia remuneração. Observou-se ainda que 37,0% das mulheres haviam planejado a gravidez contra 63,0% que não a planejou.

**Tabela 2** – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo as características sócio-demográficas. IMIP, Recife, 2012.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
<20	29	17,9
20   30	78	48,9
30   40	43	26,9
≥40	10	6,3
Total	160	100,0
<b>Escolaridade</b>		
<8	45	28,0
≥ 8	115	72,0
Total	160	100,0
<b>Procedência</b>		
Recife	81	50,7
Outras cidades	79	49,3
Total	160	100,0
<b>Atividade remunerada da mulher</b>		
Sim	50,0	50,0
Não	50,0	50,0
Total	100,0	100,0
<b>Planejou a gravidez</b>		
Sim	59	37,0
Não	101	63,0
Total	160	100,0

Fonte: IMIP

Observou-se na Tabela 3 que 80,0% das mulheres referiram conhecer o Misoprostol/Cytotec® como método para abortar; 76,9% referiram conhecer a existência de chás abortivos; 22,5%, o uso de sonda e 16,3% a realização de curetagem como método abortivo.

Tabela 3 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os métodos para abortar conhecido. IMIP, Recife, 2012.

Método	Conhecido	
	n	%
Misoprostol/Cytotec®	128	80,0
Chás	123	76,9
Sonda	36	22,5
Curetagem	26	16,3
Outro comprimido	18	11,3
Injeção	17	10,6
Outros métodos	11	6,9
Total	160*	

\* Das 160 mulheres, cada uma referiu conhecer um ou mais método.

Fonte: IMIP.

## Discussão

Pesquisar um tema que tem tanta influencia cultural, religiosa, ética, moral e a sua realização muitas vezes é ilegal faz com que a coleta de informação não revele a verdadeira magnitude do problema no nosso país e no mundo<sup>21</sup>.

Observa-se nesta pesquisa, que a maioria das mulheres hospitalizadas são de uma faixa etária de 20 a 30 anos (48,9%), escolaridade superior ou igual a 8 anos (72%), que moram em Recife (50,7%), não planejaram a gravidez (63%) e que 50% delas tinham trabalho remunerado. Em estudo realizado no Paraná<sup>22</sup>, Pará<sup>23</sup> e São Paulo<sup>24</sup>, foi observado que a faixa etária com a maior realização de aborto foi a de 20 a 29 anos. Em São Paulo<sup>24</sup> 39% das mulheres tinham planejado a gravidez, e neste estudo observa-se que 37% planejaram a gravidez, isto pode levar a crer que a gravidez não planejada faz aumentar o número de aborto no Brasil. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde mostrou que dos anos 80 para os anos 90 houve um acréscimo no

número de anos na escola e uma significativa diminuição da quantidade de mulheres analfabetas redução de até 50% no número de mulheres sem escolaridade com experiência de aborto induzido. Há uma específica descrição do universo de trabalho dessas mulheres que induzem o aborto, são as que trabalham com emprego doméstico, comércio, ofícios informais, além de estudantes, com renda familiar de até três salários mínimos<sup>15</sup>. Estudo realizado em Teresinha mostrou que 35,7% das entrevistas tem o ensino fundamental incompleto, esses dados mostram que a baixa escolaridade também pode levar a mulher a realização do aborto<sup>25</sup>.

Em relação às formas clínicas do aborto, destaca-se que o maior número de internamento foi causado por aborto incompleto correspondendo a 52,5%, quando alguma parte do produto da concepção permanece na gestante<sup>21</sup>, principalmente com a idade gestacional menor ou igual a 12 semanas (36,9%), caracterizando o abortamento precoce, logo após vem o abortamento inevitável, representado por 24,4%, que ocorreu após as 12 semanas de gestação (15,6%), sendo este o aborto tardio e por ultimo vem o abortamento completo responsável por apenas 1,8% dos casos de internação. Segundo pesquisa do Ministério da Saúde que sistematizou 20 anos de pesquisa sobre abortamento no Brasil o percentual de mulheres que chegam ao hospital sendo diagnosticada como abortamento incompleto é entre 70% e 79,3%, entre elas 63% a 82% estão com até 12 semanas de gestação e 9,3% a 19% apresentam sinais de infecção<sup>15</sup>.

Em se tratando dos métodos abortivos, como os venenos, líquidos cáusticos ou injeções, esse ultimo método referido por 10,6% das entrevistadas, passaram a ser raramente usados depois do inicio dos anos 90, que foi quando o misoprostol passou a ser o método mais utilizado, referido por 80% das entrevistadas. Se tornou preferencial por ter menos riscos à saúde, menor tempo e custo de internação<sup>25</sup>. Podendo ser

utilizado tanto sozinho, quanto combinado com os chás abortivos, podendo realizar o aborto na própria residência ou começar em casa e terminar no hospital<sup>15</sup>, estudo feito pelo Ministério da Saúde indicam que entre 50,4% e 84,6% utilizaram o misoprostol, havendo maior prevalência do uso dessa substância no Nordeste e Sudeste. Esse método é o mais utilizado também entre as adolescentes, 77,44% foi visto na pesquisa feita por Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L em Alagoas<sup>26</sup>. O uso preferencialmente é o oral, pois não ficam com a impressão de que é uma tentativa de aborto. Considerando que os estudos de meados dos anos 1980 registram entre 10% e 15% de uso deste medicamento como método abortivo<sup>15</sup>. Observa-se ainda na pesquisa feita na região Sul do Brasil na década de 90 que apenas 27,2% utilizaram o medicamento e 22,7% delas usaram associando a outros medicamentos e 49,6% usaram outras opções de métodos para o abortamento<sup>8</sup>.

Pode-se observar que desde os anos 90 o perfil sócio demográfico continua praticamente o mesmo, que o medicamento misoprostol, continua sendo o mais utilizado entre as mulheres de todas as classes sociais.

## **Conclusão**

Observa-se que estudos feitos hoje em dia se comparados com os estudos de 10, 20 anos atrás que o perfil sócio demográfico das mulheres que sofrem o aborto são praticamente os mesmos, mulheres de 20 a 29 anos, com trabalho remunerado e união estável. Sobre os métodos abortivos, alguns foram mais abolidos, tanto pelo crescente uso do misoprostol, quanto pelo medo de frequentar uma clinica particular e a descrença pelos chás abortivos.

A falta de educação quanto aos mecanismos de anticoncepção e a educação sexual fazem com que o aborto ainda seja existente, sendo um grande problema na saúde pública.

## Referências

1. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion.

Report of a technical Working Group. Geneva: Autor.1992

2. Brasil. Ministério da Saúde.. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.

Brasília,.2005.Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf)

3. Viera LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB.Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5):1201-1208, 2007.

4. Gesteira SMA, Barbosa VL, Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. *Acta paul. enferm.* v.19 n.4 São Paulo out./dez. 2006.

5. Pedrosa IV, Garcia TR.“Não vou esquecer nunca!”: A experiência feminina com o abortamento induzido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* v.8 n.6 Ribeirão Preto dez. 2000

6. Valongueiro S. Mortalidade (Materna) por Aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. Disponível

em:[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20\(Materna\)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%E9todos....pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20(Materna)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%E9todos....pdf)

7. Cecatti JG, Guerra GVQ, Souza MR, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico.*Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.32 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2010

8. Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2):279-286, abr-jun, 1998

9. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):959-966, 2010.

10. Domingos SRF, Marighi MAB O aborto como causa de mortalidade maternal: um pensar para o cuidado de enfermagem . Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 177-81

11. Alves SV. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? Reprod Health Matters. 2007;15(30):134-44.

12. Ramos KS, Ferreira ALC, Souza AI. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):605-10

13. Brasil. Ministério da Saúde "Atenção Humanizada ao Abortamento" [texto em internet]. Brasília 2005. Disponível

em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf),

14. PLS – Projeto de lei do senado Nº 50 de 2011 [texto em internet] Disponível em:

[http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=99165](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=99165)

15. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório “Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil [texto na Internet]. Brasília; 2008.[citado 2008 out. 13]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto\\_e\\_saude\\_publica\\_vs\\_preliminar.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf)
16. Organização Mundial da Saúde. Aborto incompleta, manual para professores de Enfermagem Obstétrica[texto em internet] .Genebra. 2005 disponível em : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668\\_6\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_6_por.pdf)
17. World Health Organization. World health report 2005: make 1. every mother and child count. Geneva: WHO; 2005
18. Leal Of. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1689-1697, 2012.
19. Fonseca W, Misago C, Fernandes L, Correia L, Silveira D. Uso da aspiração manual na redução dos custo e duração de internamentos por aborto incompleto em Fortaleza, CE, BRASIL. *Revista de Saúde Pública*. Volume 31. Número 5. Pagina 472-478.
20. Barbosa RM, Arilha MA. A experiência brasileira com o Cytotec. *Estud Fem* 1993;1(2):408-417.
21. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(5):331-6

22. Jardim JS, Carvalho MLO. Registros relativos à contracepção em prontuários de mulheres atendidas por abortamento no Hospital Universitário de Londrina - Paraná, de 2001 a 2005. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 31, n. 2, p. 113-124, Jul/Dez. 2010
23. Botelho NM, Araújo SG, Souza DC. Aspectos clínicos-epidemiológicos das mulheres pós abortamento em um hospital referência 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n1/a1948.pdf>
24. Chaves JHB, Oliveira EM, Bezerra AFS, Camano L, Sun SY, Mattar R. O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 mai-jun;9(3):189-94
25. Santos GS, Nery IS, Furtado EZL, Moura FMJSP. Perfil de mulheres em situação de abortamento em uma maternidade pública de Teresinha-PI. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):494-501.
26. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Nunes R. Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em Adolescentes. Rev Bras Clin Med 2010; 8(2):94-100