



## **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES DO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO EM SALVADOR, BAHIA (ATENAS)**

**Camila Cavalcanti Teixeira**

Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil.  
E-mail: clarinhahmuniz3@gmail.com

**Clara Muniz de Araújo**

Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil.  
E-mail: camilaccavalcanti36@gmail.com

**Licemary Guimarães Lessa**

Centro Universitário FTC, Faculdade de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil.  
E-mail: licemarylessa@yahoo.com.br

### **RESUMO**

**Introdução:** O aborto representa um grave problema de saúde pública no Brasil; desta forma, repercute nas diversas esferas sociais da mulher, sua vida pessoal, familiar e no mercado de trabalho. Deste modo, diversas estratégias de atendimento humanizado e assistido vêm sendo implantadas nas maternidades, como o Programa de Atenção ao Abortamento em Salvador (Atenas) da Maternidade Climério de Oliveira (MCO), no estado da Bahia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo, analítico, quantitativo e retrospectivo, cujo objetivo é delinear o perfil clínico-epidemiológico das pacientes do Programa Atenas. A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Os softwares utilizados para a realização do trabalho foram do pacote Office da Microsoft, Word e Excel 2013, e o pacote estatístico GraphPad Prism 8. **Resultados:** Houve um predomínio na faixa etária dos 20 aos 29 anos (41,96%), solteiras (49,39%), raça parda (48%), com idade gestacional entre 6 – 10 semanas (61,33%), tratando-se do primeiro episódio de abortamento (67,07%), sem doença prévia (90,72%), tendo o aborto retido como o tipo mais comum (51,06%), sendo a causa não especificada em 75% casos e o método expulsivo de escolha o farmacológico (68,07%). Do total de mulheres atendidas, 88,32% não apresentaram complicações. **Conclusão:** O abortamento ocorreu em mulheres jovens, pardas, com idade gestacional precoce, cursando primeiro aborto, sem comorbidades e evoluindo sem complicações. A reflexão sobre esses dados visa instrumentar as autoridades de saúde a promover políticas públicas na área de promoção de saúde da mulher.

**Palavras-chave:** Aborto. Saúde da mulher. Gestação.



## 1 INTRODUÇÃO

Há muitas décadas, a mulher vem cursando uma trajetória em busca dos seus direitos sociais, o que favoreceu transformações nas relações de gênero e trabalho, propiciando a construção de políticas nacionais específicas para a saúde da mulher. Essas políticas, historicamente<sup>1</sup>, direcionaram-se para os momentos de gestação e parto, enquanto outros momentos relacionados ao seu ciclo reprodutivo, como o aborto, sempre foram negligenciados. A interrupção da gravidez é, contudo, um problema muito comum, que atinge cerca de 15 a 20% das gestações até a 22<sup>a</sup> semana<sup>2</sup>. Dessa forma, a elaboração de políticas públicas de saúde que amparem a mulher nesse momento de instabilidade, tanto física quanto emocional, fazem-se necessárias.

Na Medicina, o aborto é definido<sup>3</sup> como a interrupção da gestação com peso fetal inferior a 500 g ou antes do período compreendido entre a vigésima e vigésima segunda semanas completadas de idade gestacional, no momento da expulsão do útero, não possuindo nenhuma probabilidade de sobrevida ao feto. Em 2009, o Ministério da Saúde (MS) publicou o relatório “20 anos de Pesquisa Sobre Aborto no Brasil”<sup>4</sup>, descrevendo o perfil epidemiológico das mulheres em situação de abortamento no país. As seguintes condições sociais foram observadas: faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade, pelo menos um filho e em uso de algum método contraceptivo. Dentre as causas, a mais prevalente foi o aborto provocado com uso de misoprostol.

A capital da Bahia apresenta uma taxa de mortalidade materna cinco vezes maior do que o mínimo definido como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que fica em torno de 10 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos<sup>5</sup>. Em Salvador, estudos pioneiros da década de 90, confrontando os dados oficiais com informações de prontuários médicos, de entrevistas domiciliares e do Instituto Médico Legal (IML), revelaram uma razão de morte materna de 134,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos<sup>6,7</sup>, sendo estes por causas relacionadas à falta de acesso e serviços de pré-natal, parto e pós-parto. Destaca-se que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas, por meio de um maior acesso às informações, da utilização de métodos contraceptivos e de um pré-natal de qualidade.

O aborto por si só interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, independentemente do desejo pela gestação e pelo filho, e faz com que a mulher se depare com a possibilidade da maternidade, despertando diferentes sentimentos e expectativas.

Com o objetivo de tornar mais humano e menos traumático o atendimento às mulheres em situação de abortamento, tomando por base exemplificativa a Maternidade Clímério de Oliveira (MCO)<sup>8</sup>, esta implantou, no ano de 2015, o Programa de Atenção ao Abortamento em Salvador (Atenas). Pioneiro na Bahia, e, nos moldes em que atua, primeiro no país, o programa atendeu cerca



de 300 mulheres em seu primeiro ano de implantação, objetivando uma assistência às pacientes em situação de abortamento precoce, acolhendo-as na chegada à maternidade através da emergência e possibilitando a elas três opções: cirúrgica – por meio da aspiração manual intrauterina e curetagem – procedimentos invasivos que têm mais riscos com relação à saúde reprodutiva da paciente; expulsão natural – mais fisiológica; ou receber medicações (por aplicação vaginal) para acelerar o processo expulsivo. Além disso, é oferecido um atendimento multiprofissional, com a presença de enfermeiros, psicólogos, médicos e assistentes sociais, e acompanhamento pós-abortamento, tanto na unidade quanto domiciliar.

Até o momento, poucos estudos foram descritos a respeito das mulheres em processo de abortamento em Salvador. Dessa forma, o presente trabalho objetivou avaliar as características das pacientes atendidas no Programa de Atenção ao Abortamento em Salvador (Atenas) da Maternidade Climério de Oliveira (MCO), no período de 2015 a 2016.

## 2 MÉTODOS

O projeto deste estudo foi enviado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) e da Maternidade Climério de Oliveira, em atendimento às exigências da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob pareceres 15379019.5.0000.5032 e 15379019.5.3001.5543, respectivamente.

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter analítico, quantitativo e retrospectivo, realizada de agosto a outubro de 2019, com coleta de dados a partir dos prontuários e banco de dados da MCO, em Salvador, Bahia, que analisou o perfil clínico-epidemiológico das mulheres atendidas em processo de abortamento pelo Programa Atenas.

Foram excluídas as pacientes encaminhadas para a MCO por outro motivo que não fosse abortamento e, por recomendação da própria Maternidade, as que ainda se apresentavam na instituição realizando outros tipos de atendimento. Além disso, foram excluídos estatisticamente os erros de registro apresentados na base de dados. Dentre os prontuários analisados, 336 pacientes do Programa, atendidas entre janeiro de 2015 a dezembro de 2016, foram consideradas aptas para participar da presente pesquisa.

O estudo conteve as seguintes variáveis: idade, raça, estado civil, idade gestacional, existência de doenças e de abortamento prévio, tipo e causa do aborto, método expulsivo e ocorrência de complicações.

A idade foi expressa em anos (até 19 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos e maior que 40



anos); a raça foi descrita em “branca”, “parda”, “negra”; a situação conjugal das pacientes foi classificada em “solteira”, “casada”, “união estável” e “viúva”. A idade gestacional (IG) na data do abortamento foi classificada em menor que 6 semanas; 6 – 10 semanas; 10 – 14 semanas e maior que 14 semanas. Foi interrogada a existência de doenças prévias e classificadas como “sim” ou “não”; e quantificado o número de abortos prévios em 1, 2, 3 e  $\geq 4$ .

O tipo de aborto foi categorizado em “incompleto” – quando há eliminação parcial do conteúdo uterino, sangramento persistente e intermitente, volume uterino menor que o esperado para a IG, orifício interno do colo aberto, podendo ser identificado material ovular; “infectado” – ocorre elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido, acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino, e, ao toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor; “retido” – há uma regressão dos sinais e sintomas da gravidez, orifício cervical fechado e geralmente não há hemorragia, ultrassonografia (USG) revela produto da concepção sem vitalidade ou sua ausência (ovo cego); e “completo” – sangramento moderado/intenso, com dor abdominal em cólica de forte intensidade, expulsão completa do feto, orifício interno do colo tende a fechar em poucas horas e útero com dimensões inferiores ao esperado para a IG9.

Quanto às causas<sup>10</sup>, foram divididas em: “infecciosas” – ainda não estão totalmente elucidadas, suspeita-se que elas podem ocasionar abortamento por lesões da decídua, da placenta, das membranas ovulares e do produto conceptual. As principais estão associadas à infecção por rubéola, toxoplasmose, parvovirose, citomegalovírus, HIV, sífilis e listeriose; “endócrino/metabólicas” – decorrem principalmente de defeitos da fase lútea, em que ocorre má implantação ovular secundária ao endométrio imaturo, devido à baixa produção de progesterona pelo corpo lúteo. Além de estar associada a doenças maternas prévias, como alterações tireoidianas, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças autoimunes, síndrome dos ovários policísticos (SOP) e hiperprolactinemia; “anatômicas” – podem ser congênitas, quando associadas a malformações uterinas (útero bicorno, septado, didelfo e unicorno) que pioram o sítio de implantação e vascularização, aumentando o risco de perda gestacional. Ou ainda em adquiridas, como no caso dos leiomiomas e as sinéquias (aderências); “cromossômicas” – decorrem de gametas anormais, fertilização anômala ou irregularidades na divisão embrionária; e “provocada” – quando a mulher utiliza de algum método que provoque a morte fetal e o esvaziamento uterino.

Com relação aos métodos abortivos utilizados, foram: farmacológicos, aspiração manual intrauterina (AMIU), curetagem uterina e espontâneo; e classificados quanto à presença ou não de complicações.

Foi garantida a confidencialidade das fontes de informação, sem identificação de qualquer sujeito participante do estudo. Além disso, a pesquisa se valeu dos princípios da Bioética para os envolvidos e para a coletividade, como os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

Os softwares utilizados para a realização do trabalho foram do pacote Office da Microsoft, Word e Excel 2013, e o pacote estatístico GraphPad Prism 8. Foram utilizados os testes do qui-quadrado e Fisher, ao nível de significância  $\alpha = 5\%$ .

### 3 RESULTADOS

Com base nos dados coletados de agosto a outubro de 2019, concernentes a 336 mulheres em situação de abortamento atendidas na MCO pelo programa ATENAS – houve um predomínio na faixa etária dos 20 aos 29 anos (41,96%), solteiras (49,39%), raça parda (48%), com idade gestacional entre 6 – 10 semanas (61,33%), tratando-se do primeiro episódio de abortamento (67,07%), sem doença prévia (90,72%), o aborto retido foi o tipo mais comum (51,06%), sendo a causa não especificada em 75% casos e o método expulsivo de escolha o farmacológico (68,07%). Do total de mulheres atendidas, 88,32% não apresentaram complicações (Tabela 1).

Houve maior quantidade de causas não especificadas nas mulheres com três abortos ou menos. Entretanto, naquelas com quatro ou mais abortos, predominou o aborto provocado (Figura 1).

Evidenciou-se também que os abortos retidos (51,06%) e incompletos (46,81%) foram os mais frequentes, e que o método escolhido preferencialmente pelas pacientes do Programa Atenas foi o farmacológico (68,50%), seguido do aborto espontâneo (14,07%) (Figura 2).



## II CONGRESSO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR

Tabela 1 – Perfil epidemiológico das pacientes do Programa de Atenção ao abortamento (Atenas) da Maternidade Clímério de Oliveira, em Salvador-Ba, dos anos de 2015 a 2016

VARIÁVEIS	Nº CASOS (n=336)	%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
ATÉ 19 ANOS	31	9,23
20 - 29 ANOS	141	41,96
30 - 39 ANOS	128	38,10
MAIOR 40 ANOS	36	10,71
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>100,00</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
SOLTEIRA	163	49,39
UNIAO ESTAVEL	85	25,75
CASADA	81	24,56
VIÚVA	1	0,30
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100,00</b>
<b>RAÇA</b>		
BRANCA	38	12,67
PARDA	144	48,00
NEGRA	118	39,33
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100,00</b>
<b>IDADE GESTACIONAL</b>		
< 6 SEM	15	5,86
6-10 SEM	157	61,33
10-14 SEM	75	29,30
> 14 SEM	9	3,52
<b>TOTAL</b>	<b>256</b>	<b>100,00</b>
<b>FREQUÊNCIA</b>		
1	224	67,07
2	78	23,35
3	16	4,79
≥4	16	4,79
<b>TOTAL</b>	<b>334</b>	<b>100,00</b>
<b>COMORBIDADES</b>		
SIM	31	9,28
NÃO	303	90,72
<b>TOTAL</b>	<b>334</b>	<b>100,00</b>
<b>TIPO ABORTO</b>		
COMPLETO	5	1,52
INCOMPLETO	154	46,81
INFECTADO	2	0,61
RETIDO	168	51,06
<b>TOTAL</b>	<b>329</b>	<b>100,00</b>
<b>CAUSA</b>		
INFECCIOSAS	5	1,49
ENDÓCRINO	3	0,89
ANATÔMICO	4	1,19
CROMOSSÔMICA	44	13,10
PROVOCADO	28	8,33
N.E	252	75,00
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>100,00</b>
<b>MÉTODO EXPULSIVO</b>		
AMIU	7	2,11
CURETAGEM	13	3,92
ESPONTÂNEO	48	14,46
FARMACOLÓGICO	226	68,07
FARMACOLÓGICO + AMIU	8	2,41
FARMACOLÓGICO + AMIU + CURETAGEM	3	0,90
FARMACOLÓGICO + CURETAGEM	27	8,13
<b>TOTAL</b>	<b>332</b>	<b>100,00</b>
<b>COMPLICAÇÕES</b>		
SIM		
INFECÇÃO	32	9,58
HEMORRAGIA GENITAL	7	2,10
NÃO	295	88,32
<b>TOTAL</b>	<b>334</b>	<b>100,00</b>

Legenda:

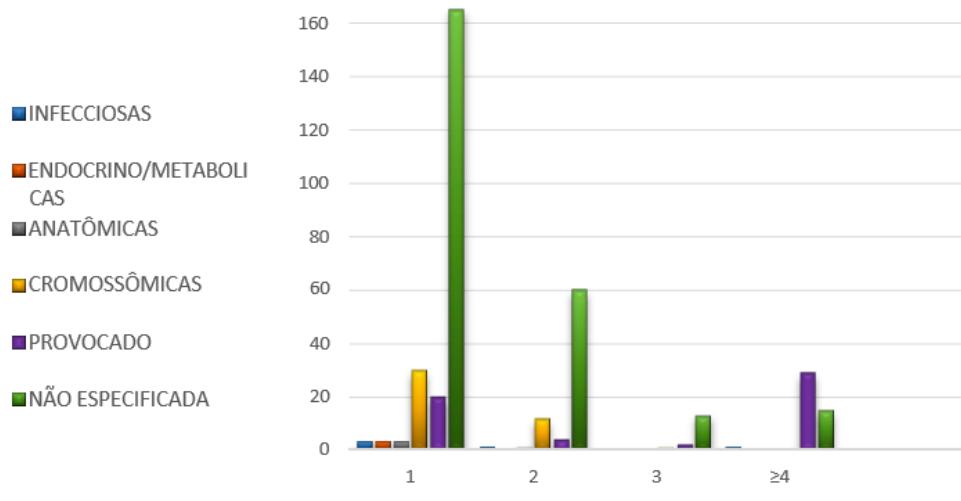
N.E = Não especificado

Legenda: N.E = Não especificado



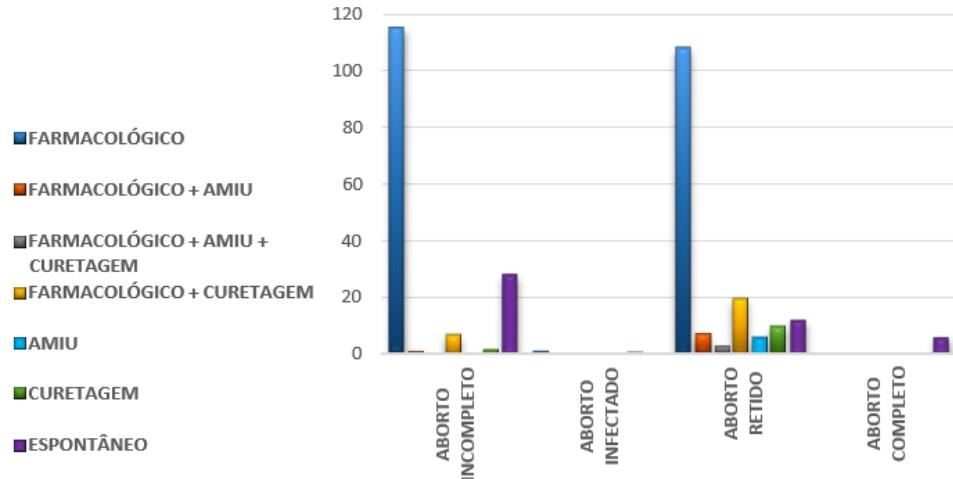
## II CONGRESSO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR

Figura 1 - Distribuição de causas abortivas, de acordo a quantidade de abortos na MCO, janeiro de 2015 a dezembro de 2016.



Nota: Teste qui-quadrado p<0,0001.

Figura 2 – Método de aborto segundo o tipo na MCO, janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

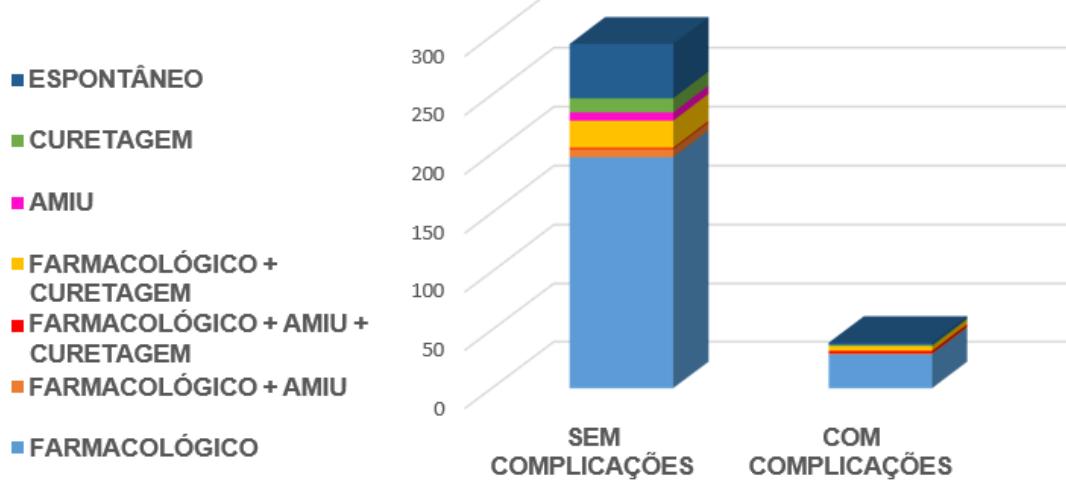


Nota: Teste qui-quadrado p<0,0001.

Estudando os métodos abortivos aplicados e os relacionando à distribuição imediata de complicações pós-aborto, das 332 mulheres estudadas, verificou-se que 293 (88,25%) dessas não apresentaram complicações, fato observado em 39 mulheres (11,75%), principalmente as que utilizaram apenas o método farmacológico apenas (74,36%) (Figura 3).



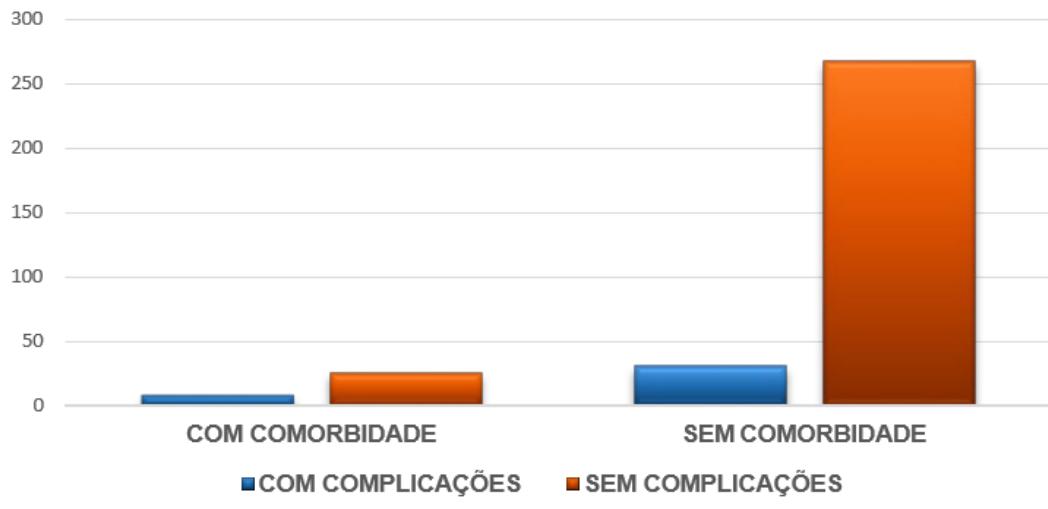
Figura 3 – Método de aborto e a relação com a presença de complicações na MCO, janeiro de 2015 a dezembro de 2016.



Nota: Teste qui-quadrado  $p<0,05$ .

Dentre as mulheres estudadas, 299 (89,52%) declararam não possuir nenhuma doença prévia, no entanto elas foram as que mais apresentaram complicações imediatas pós-aborto (79,49%) (Figura 4).

Figura 4 – Proporção de complicações de acordo a presença de comorbidades na MCO, janeiro de 2015 a dezembro de 2016.



Nota: Teste qui-quadrado  $p<0,05$ .

#### 4 DISCUSSÃO

Este estudo observou uma prevalência dos casos de aborto em mulheres mais jovens, na faixa etária dos 20 aos 29 anos (41,96%). Levando em consideração que, na amostra analisada, o aborto do tipo provocado foi a segunda causa mais prevalente, pode-se inferir que esta prática não é feita apenas para adiar o início da vida reprodutiva ou evitar filhos em idade avançada, uma vez que o pico de



incidência se dá no centro do período reprodutivo, como foi observado também na Pesquisa Nacional de Aborto, de 2016 (PNA)<sup>11</sup>.

Analisando-se a raça, foi observada, na amostra analisada, maior incidência de aborto nas mulheres pardas. Este resultado contraria o que foi obtido na Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na qual foi descrito que são as mulheres negras que mais declaram os abortos, tanto espontâneo (17,9% negras; 12,3% brancas) quanto provocado (2,4% negras; 1,7% brancas)<sup>12</sup>.

Em relação à situação conjugal, observou-se que a maioria das mulheres em situação de abortamento se encontravam solteiras. Esses resultados foram confirmados em outros estudos: Boehs<sup>13</sup> encontrou um percentual de 70,0% de aborto entre as solteiras, 22,0% entre as casadas e 8,0% em outros. No estudo de Costa<sup>14</sup>, registrou-se 62,7% de aborto entre as solteiras, 11,3% entre as casadas e 26,0% em outras situações conjugais. Esses dados concernem ao total de casos de abortamento, tanto os de causa provocada, quanto os espontâneos. Entretanto, ao cruzar os dados de estado civil e causa, não se observou significância estatística na relação entre mulheres solteiras e aborto provocado, o que se contrapõe a outros estudos sobre o assunto, como o realizado em uma comunidade da Zona Norte da cidade de São Paulo (Favela Inajar de Souza)<sup>15</sup>, em que se observou prevalência de 47,1% dos casos de aborto provocado em mulheres que se encontravam solteiras, 31,4% nas unidas consensualmente e 17,6% nas casadas, sugerindo a dificuldade dessas mulheres em manter a gestação e criar um filho sem a presença afetiva e financeira do genitor.

No que diz respeito à idade gestacional, observou-se uma prevalência dos casos de aborto na faixa entre 6 e 10 semanas de gestação. Nas perdas gestacionais precoces – primeiro trimestre, predominam as causas de cunho cromossômico, que decorrem de gametas anormais, fertilização anômala ou irregularidades na divisão embrionária<sup>16</sup>, gerando alterações genéticas incompatíveis com a vida<sup>17</sup>. Na amostra analisada, contudo, não se observou relevância estatística na relação entre idade gestacional precoce e causas cromossômicas de aborto.

Dos 336 prontuários analisados, em 75% dos casos não havia etiologia estabelecida para o diagnóstico de abortamento. A ausência de registro da causa do aborto reforça o caráter acolhedor do projeto, que não se propõe a expor ou denunciar casos explicitamente sugestivos de aborto provocado, levando em consideração o fato da prática do aborto ser considerada ilegal no Brasil. Essa situação leva os profissionais de saúde a um confronto entre a ética e moral e a relação médico-paciente. A ausência de registro também foi observada no estudo feito através de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)<sup>18</sup>, no município do Rio de Janeiro, no ano de



2012, no qual 84,6% das mulheres receberam diagnóstico de aborto de causa não especificada. Por outro lado, faz-se necessária uma investigação e abordagem mais minuciosa, uma vez que, dentre as causas especificadas, observou-se como mais prevalente a etiologia cromossômica (13,10%), que é passível de uma abordagem preventiva, principalmente do ponto de vista genético. Esse dado se confirma no protocolo clínico da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), onde foi descrito que as anomalias cromossômicas causam pelo menos metade dos casos de abortamento<sup>19</sup>. Observa-se como o segundo mais frequente, o aborto provocado (8,33%), sobre o qual políticas de planejamento familiar mais incisivas poderiam ser efetivas.

Dentre as pacientes que não evoluíram com complicações imediatas pós- abortamento, evidencia-se que a maioria optou pelo método farmacológico, que na MCO é feito principalmente com o uso de Maleato de Ergometrina. A recomendação do Ministério da Saúde, no entanto, preconiza a utilização da técnica de AMIU nos casos de esvaziamento uterino, em até 12 semanas de gestação<sup>20</sup>. Por ser o mais utilizado na unidade (68,07%), o método farmacológico também se associa a complicações, contudo essas estão mais fortemente ligadas aos métodos invasivos, como a AMIU e a curetagem uterina. O projeto Atenas busca conduzir as pacientes sempre com o método menos invasivo e traumático possível, reservando os métodos invasivos para as pacientes que apresentam quadro clínico compatível com aborto retido, quando refratárias ao tratamento farmacológico.

Ao analisar a presença de comorbidades nas pacientes que apresentaram algum tipo de complicações pós-aborto, foi observado que as pacientes previamente hígidas cursaram com maior índice de complicações. Pode-se inferir, a partir disso, que os casos de comorbidades associadas podem não estar sendo investigados durante o pré-natal, uma vez que mulheres com doenças prévias são mais propensas a apresentar complicações. A presença de doenças sistêmicas instaladas altera o estado clínico geral e é um dos critérios utilizados no Sistema de Classificação do Estado Físico da ASA (Sociedade Americana de Anestesiologia), escore preditor de risco de óbito para avaliação pré-operatória<sup>21</sup>. Dentre as comorbidades mais frequentes, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, presente em 25,93% das pacientes. Pode-se inferir, a partir desse dado, que a promoção da saúde e a identificação dos riscos durante o pré-natal podem promover um prognóstico materno mais favorável. A identificação de qualquer condição de risco implica a necessidade de atendimento especializado, com exames e avaliações adicionais, e referência para serviços de nível mais complexo, se necessário<sup>22</sup>.



## 5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que o perfil das mulheres em situação de abortamento na Maternidade Clímério de Oliveira, em Salvador-BA, encontra-se na faixa etária dos 20 aos 29 anos, solteiras, de raça parda, sem comorbidades e passando pelo primeiro episódio de abortamento. A idade gestacional em que a maioria delas se encontrava era das 6 – 10 semanas, sendo o tipo retido e a causa não especificada os mais frequentes. O método de escolha foi o farmacológico e não ocorreram complicações na maior parte das pacientes.

A prática do aborto está envolvida nos contextos socioeconômico, cultural, legal, ético e religioso, e criminalizá-lo ou ignorá-lo significa negar os direitos à saúde, à autonomia e à maternidade livre e voluntária, reconhecidamente direitos fundamentais das mulheres. Diante disso, políticas públicas voltadas para esta problemática se fazem necessárias desde o período escolar, objetivando a educação sexual e contraceptiva e o planejamento familiar, além de fornecer orientações acerca de direitos básicos da mulher, como o pré-natal precoce. Desta forma, a presente pesquisa se prestou a contribuir com informações relevantes para instrumentar a elaboração dessas políticas.



## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, 2008. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dm/documents/planonacional\\_politica\\_mulheres.pdf](http://portal.mec.gov.br/dm/documents/planonacional_politica_mulheres.pdf). Acesso em: 18 mar. 2019.
2. GRIEBEL, C. P. et al. Management of spontaneous abortion. American Family Physician, [S. l.], v. 72, n. 7, p. 1243-1250, 2005. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2005/1001/p1243.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica: atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf). Acesso em: 5 out. 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.
5. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa mortalidade materna. [S. l.: s. n.], [2019?]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_saude\\_sup/pdf/atenc\\_saude3fase.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/atenc_saude3fase.pdf). Acesso em: 16 abr. 2019.
6. COMPTE, G. M. Mortalidade materna. 1995. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.
7. MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L. Mortalidade materna na Bahia, 1998: relatório de pesquisa. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2001.
8. EBSERH. Ministério da Educação. MCO – UFBA – Maternidade Clímério de Oliveira. Salvador: EBSERH, 2016. Disponível em: [http://www.ebsrh.gov.br/web/mcoufba/noticias//asset\\_publisher/ja6iNwk7KTLy/content/id/937823/2016-02-mco-implanta-programa-pioneirodeatendimento-a-mulher-em-situacao-de-abortamento](http://www.ebsrh.gov.br/web/mcoufba/noticias//asset_publisher/ja6iNwk7KTLy/content/id/937823/2016-02-mco-implanta-programa-pioneirodeatendimento-a-mulher-em-situacao-de-abortamento). Acesso em: 24 mar. 2019.
9. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério. [S. l.]: FEBRASGO, 2010. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%20ANCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.



10. UNA-SUS/UNIFESP. Fundamentação teórica: abortamento. [S. l.]: UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Mari\\_Socorro/CompLexo\\_04\\_Maria\\_do\\_Socorro\\_Abortamento.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Mari_Socorro/CompLexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf). Acesso em: 12 out. 2019.
11. DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto, 2016. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.
12. GÓES, E. Legalização do aborto, uma luta das mulheres negras. [S. l.]: Pressenza, 2018. Disponível em: <https://www.pressenza.com/pt-pt/2018/07/legalizacao-do-aborto-uma-luta-das-mulheres-negras/>. Acesso em: 11 out. 2019.
13. BOEHS, A. E. et al. Aborto provocado: estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis, Santa Catarina. Ciência e Cultura, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 501-506, 1983.
14. COSTA, C. F. F. et al. Abortamento: epidemiologia. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 179-184, 1996.
15. FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 11, n. 1, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2008000100007&lng=en&nrm=iso&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000100007&lng=en&nrm=iso&tlang=pt). Acesso em: 24 mar. 2019.
16. TRAYNA, E. Fundamentação teórica: abortamento. [S. l.]: UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Mari\\_Socorro/CompLexo\\_04\\_Maria\\_do\\_Socorro\\_Abortamento.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Mari_Socorro/CompLexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf). Acesso em: 24 mar. 2019.
17. COSTA, S. H. M. et al. Rotinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
18. ADESSE, L. et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 694-706, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n106/694-706/>. Acesso em: 12 out. 2019.
19. GARCIA, C. A. O. Protocolo clínico abortamento. [S. l.]: EBSERH, 2015. Disponível em: <http://www2.ebsrh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.001+-+REV1+ABORTAMENTO.pdf/e43700cc-dca5-49b6-a69d-808e5294784f>. Acesso em: 24 mar. 2019.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.



21. LOUREIRO, B. M. C.; FILHO, G. S. F. Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 314-320, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n4/a4412.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.
22. RAYBURN, W. F. At-risk pregnancies. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 23-24, 2015.