



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

CLARICE BORGES CARVALHO

**ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DE INTERNAÇÕES
POR ABORTO NO NORDESTE BRASILEIRO DE 2011 A 2020**

PINHEIRO -MA

2023

CLARICE BORGES CARVALHO

**ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DE INTERNAÇÕES
POR ABORTO NO NORDESTE BRASILEIRO DE 2011 A 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jomar Diogo Costa Nunes

PINHEIRO- MA

2023

FICHA CATALOGRAFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Borges Carvalho, Clarice.

ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DE
INTERNAÇÕES POR ABORTO NO NORDESTE BRASILEIRO DE 2011 A
2020 / Clarice Borges Carvalho, Clarice Borges Carvalho. -
2023.

41 f.

Orientador(a): Jomar Diogo Costa Nunes.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2023.

1. Aborto. 2. Hospitalização. 3. Nordeste. 4.
Outras gravidezes que terminam em aborto. 5. Saúde da
Mulher. I. Borges Carvalho, Clarice. II. Costa Nunes,
Jomar Diogo. III. Título.

CLARICE BORGES CARVALHO

**ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: PERFIL DE INTERNAÇÕES
POR ABORTO NO NORDESTE BRASILEIRO DE 2011 A 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jomar Diogo Costa Nunes (Orientador)

Doutor em ciência da saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Me. João de Jesus Oliveira Júnior (1º Examinador)

Mestre em ciências da saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Laércio Santos Dias (2º Examinador)

Doutor em Odontologia
Universidade Federal do Maranhão

À minha mãe, Josineide Melo Borges, que sempre incentivou-me a estudar, obrigada mamãe!

AGRADECIMENTOS

A verdade é que ainda não estava preparada para escrever os agradecimentos, fiz o TCC e quando terminei deparei-me com isso! Chegar até aqui foi uma meta e conseguimos, para chegar aqui tive muita ajuda, por isso quero começar agradecendo a Deus, o ânimo e a força que ele deu a mim, e todos os milagres que ele realizou ao longo dessa jornada acadêmica, permitiu que eu chegasse nessa etapa, “mas graças a DEUS, que nos dá a vitória por meio de nosso senhor Jesus Cristo” (1Coríntios 15:57).

À minha mãe e meu pai que sempre me apoiou, nunca mediram esforços para que seus filhos estudassem, a minha irmã Carol, meus irmãos Rômulo e Wilami, que sempre estiveram ao meu lado.

À minhas amigas, Ângela, Maria da Conceição e meu amigo Ruan Kaio, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

À meu namorado, Radames Miguel por todo amor e compreensão, sua companhia foi fundamental para conclusão dessa etapa.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

À todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

Epígrafe

*“Sua raiz vem daqui, do povo ancestral que
veste uma história, que escreve na pele sua
cultura, suas preces e suas lutas.”*

Myrian Krexu

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aborto é um grave problema de saúde pública, sendo induzidos mundialmente em média 73,3 milhões de abortos por ano (WHO, 2020; BEARAK *et al.*, 2020).

OBJETIVO: Descrever o perfil de internação por aborto no Brasil, na região nordeste, no período de 2011 a 2020. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e transversal dos dados de base populacional, com o objetivo de traçar perfil de internações por aborto no nordeste brasileiro, Utilizando-se dados públicos e disponíveis para consulta e para *download* nos sistemas de informação em saúde do Brasil, (SIH/ SUS), Analisaremos segundo as seguintes variáveis (quando disponíveis): estados do Nordeste, características sociodemográficas (idade e raça/ cor), classificação do aborto (legal/espontâneo/outros tipos/não especificado), ano de ocorrência e custos das internações por aborto.

RESULTADOS: Foram registradas, no período de 2011 a 2020, 596.953 internações por aborto no Nordeste, correspondendo a uma taxa média anual de 23,03%, Quando analisado às faixas etárias observou-se que todas começaram 2011 com menor índices registrados (15 a 19 anos 0,14%, 20 a 29 anos 1,25%, 30 a 39 anos 0,75% e 40 a 49 anos 0,14%) quando comparados aos outros anos, A avaliação por raça/cor da pele indicou 40,16% de sem informação nos últimos dez anos, A taxa de mortalidade de mulheres que sofreram aborto espontâneo foi predominante em mulheres pardas (30,38%). **CONCLUSÃO:** O presente estudo alcançou o objetivo que foi descrever o perfil de internação por aborto no na região nordeste, e avaliar a evolução desses dados ao longo dos últimos dez anos. Deste modo, este estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, com o intuito de se obterem retratos mais apurados, dos casos de internações por aborto no Nordeste, tais como as causas de internações por aborto inseguro, a fim de estimular a criação de políticas públicas que solucione essa problemática que são determinantes sociais que envolvem o aborto.

Palavras-chaves: Aborto, Hospitalização, Saúde da Mulher, Outras gravidezes que terminam em aborto, Nordeste.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Abortion is a serious public health issue, with an average of 73.3 million induced abortions worldwide per year (WHO, 2020; BEARAK et al., 2020). **OBJECTIVE:** To describe the profile of abortion hospitalizations in Brazil, specifically in the northeastern region, from 2011 to 2020, based on official health information systems. **METHODOLOGY:** This is an ecological, descriptive, and cross-sectional study using population-based data to outline the profile of abortion hospitalizations in the northeastern region of Brazil. Publicly available data from the Brazilian health information systems (SIH/SUS) will be analyzed according to the following variables (when available): northeastern states, sociodemographic characteristics (age and race/ethnicity), age groups, classification of abortion (legal/ spontaneous/ other types/ unspecified), year of occurrence, and costs of abortion hospitalizations. **RESULTS:** From 2011 to 2020, there were 596,953 abortion hospitalizations in the Northeast, corresponding to an average annual rate of 23.03%. When analyzing the age groups, all of them started with lower recorded rates in 2011 (15-19 years: 0.14%, 20-29 years: 1.25%, 30-39 years: 0.75%, and 40-49 years: 0.14%) compared to other years. The evaluation by race/ethnicity indicated 40.16% of cases with missing information in the last ten years. The mortality rate of women who had spontaneous abortions was higher among brown-skinned women (30.38%). **CONCLUSION:** This study successfully described the profile of abortion hospitalizations in the northeastern region and evaluated the trends over the past decade. Therefore, it highlights the need for further research on this topic to obtain more accurate portraits of abortion hospitalizations in the Northeast, including the causes of unsafe abortion hospitalizations, in order to promote the development of public policies to address this social issue surrounding abortion.

Keywords: Abortion, Hospitalization, Women's Health, Other pregnancies that end in abortion, northeast.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	12
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	O QUE É ABORTO?	13
3.2	TIPOS DE ABORTOS	14
3.3	ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS	14
3.4	ABORTO CONSENTIDO OU PROVOCADO	14
3.5	ABORTO ESPONTÂNEO	15
4	ABORTO NO BRASIL: UMA DAS CAUSAS DA MORTE MATERNA	16
5	IMPACTOS DA FALTA DE POLITICAS PUBLICAS COM RELAÇÃO AO ABORTO 17	
6	O CUIDAR DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO	17
6.1	ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO	18
6.2	ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM À MULHER NO PÓS-ABORTAMENTO	20
7	OBJETIVOS	22
7.1	Objetivo geral	22
7.2	Objetivos específicos	22
8	METODOLOGIA	23
8.1	Tipo de estudo	23
8.2	Coleta dos dados	23
8.3	Critérios de inclusão	23
8.4	Variáveis de análise	23
8.5	Aspectos éticos	23
9	RESULTADOS	24
10	DISCUSSÃO	32
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O aborto é um grave problema de saúde pública, sendo induzidos mundialmente em média 73,3 milhões de abortos por ano (WHO, 2020; BEARAK *et al.*, 2020).

As discussões sobre o aborto são extensas e antigas, existem controvérsias que variam de intensidade sobre se e quando o aborto deve ser permitido e quais as situações que o justificam ou sobre quando se inicia a vida. Valores éticos como poder, igualdade, dignidade, direitos, liberdade, justiça, fé, moral e autonomia se atravessam nessa trama de discussão (BRASIL, 1940; KRYIAKOS *et al.*, 2002).

No Brasil, abortar legalmente significa interromper gestações que coloquem em risco a vida da mulher gestante, ou daqueles cujos fetos sejam diagnosticados como anencefálicos, ou de gestações decorrentes de estupro (FUNASA, 2005). De acordo com o código penal Decretado pela Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, qualquer outro motivo que leve à interrupção voluntária é considerado criminoso (BRASIL, 1940).

De acordo com a (PNA), o aborto é um evento comum entre as mulheres brasileiras, a pesquisa nacional de aborto (PAN) de 2010 demonstrou que uma a cada cinco mulheres alfabetizadas da área urbana já fizeram ao menos um aborto. Ao ser comparado com PNA 2016 não demonstraram alterações significativas se comparadas a anterior, o que ressalta um problema de saúde pública que se mantém persistente. (DINIZ *et al.*, 2016; GUIGLIANI *et al.*, 2019).

A OMS relata que no ano de 2008 em torno de 102% das mortes maternas mundiais foram devido a abortos inseguros, este pode ser definido, como os casos de aborto que não são previstos por lei, pois mesmo que realizados por profissionais qualificados, a clandestinidade aumenta os riscos à saúde. (DOMINGUES *et al.*, 2020).

No Brasil, o aborto está entre uma das cinco causas mais frequentes de mortalidade materna, representando aproximadamente 5,00% de todos os óbitos maternos (MARTINS *et al.*, 2017).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar do reconhecimento do direito ao abortamento desde o Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940), a garantia de acesso a ele somente se deu após o término da Ditadura Militar no Brasil, em 1989 – cerca de 50 anos após a promulgação da lei (MADEIRO; DINIZ, 2016). A diferença temporal entre a possibilidade de realizar o procedimento e a efetiva oferta do serviço pela rede pública de saúde nos parece ponto imprescindível de discussão: como é possível que o Estado se exima de tamanha responsabilidade por tanto tempo? Quais as consequências desta lacuna para o acesso dessa população na atualidade? Quais tipos de aborto essas mulheres passaram? Todos os abortos são notificados?

Existe um desafio muito grande em reduzir a taxa de mortalidade por aborto, tendo em vista, o conhecimento restrito sobre o aborto legal, a formação médica deficiente neste assunto e a busca reprimida pelo procedimento. Ademais, a clandestinidade e a ilegalidade também dificultam na modificação desse cenário, o que leva essas mulheres a terem o procedimento clandestino a terem internações (MARTINS *et al.*, 2017).

Sabemos que o aborto acontece, sendo um tema relevante pela sua alta prevalência e questões sanitárias, sociais, psicológicas e religiosas envolvidas e as mulheres pobres sendo umas das mais afetadas, desde o não acesso assistencial ao planejamento familiar, até a negligência do procedimento, levando elas as emergências do SUS, consecutivamente a terem mais traumas, e sequelas, (BATISTA *et al.*, 2017).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O QUE É ABORTO?

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), O aborto é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS (CIE 10) a partir de 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso ao nascer é normalmente de 500 g. Costuma-se classificar o aborto como precoce quando ocorre antes de 13 semanas da gravidez, e como tardio quando se dá entre as 13 e 22 semanas (BASIL 2012; DOMINGOS *et al.*, 2010).

Em 2014 a OMS define aborto inseguro como um procedimento para o término da gestação, realizado por pessoas sem a habilidade necessária ou em um ambiente sem padronização para a realização de procedimentos médicos, ou a conjunção dos dois fatores, aborto ilegal e a falta da legalização, o que nos faz pensar que a própria OMS cobra do Brasil políticas públicas que solucionem a problemática (GANATRA *et al.*, 2014).

Segundo ADESSE (2016) definição de aborto é: um procedimento que implica no término da gestação. A palavra aborto vem do latim *ab*iria que significa: “separação do sítio adequado”. Esse termo trata-se do produto da concepção eliminado da cavidade uterina ou abortado, enquanto o termo abortamento, mais amplamente aceito na área da saúde, diz respeito ao processo de ameaça à gravidez que pode culminar ou não na perda gestacional, onde o abortamento pode ser espontâneo ou provocado pela gestante. O aborto espontâneo é a interrupção da gestação que ocorre sem nenhuma intervenção externa e pode ser causado por doenças da gestante, por problemas genéticos do embrião ou por traumas, podendo esses serem físicos ou psíquicos. O termo aborto provocado, aborto induzido ou aborto voluntário, refere-se à interrupção da gravidez causada por uma intervenção externa e intencional (ADESSE *et al.*, 2016).

Para Htun (2003) e Camargo (2016) define as discussões sobre o aborto como um “embate de absolutos”, uma questão que resiste a soluções de compromisso entre as posições divergentes, que são baseadas em normas culturais concorrentes. As discussões sobre o aborto são, assim, um objeto relevante para uma análise com base na *narrative policy framework* (NPF), um referencial que busca incorporar as interpretações da realidade elaborada pelos atores nas análises do processo de políticas públicas. (HTUN, 2003; CAMARGO, 2016).

3.2 TIPOS DE ABORTOS

A questão do aborto é fonte de reflexões desde os primórdios da civilização e demanda por solução, para a tentativa de seu enquadramento social ao longo da história humana (CHAVES *et al.*, 2016). Por ser o abortamento provocado considerado crime em alguns países, como é o caso do Brasil, é preciso que se discutam as razões que levam ao aborto e as consequências dessa decisão (Fiuza R. 2002).

Para ARAGÃO, (2019). Na lei existem mais de 9 tipos de aborto, porém para o datanus são notificamos três tipos, por razões médicas, espontâneo e gravidez que terminaram em aborto.

3.3 ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS

Etimologicamente, aborto é o mesmo que privação do nascimento, posto que o vocábulo é originado das expressões latinas: ab – que significa “privação” – e orthus – que corresponde a nascimento. Entretanto, não há um consenso entre os juristas e médicos acerca do conceito de aborto, opinando muitos no sentido de que tal vocábulo significa o produto da concepção morto ou expelido, enquanto o termo abortamento deve ser o vocábulo empregue para corretamente designar o ato de abortar pela medicina (JESUS, 2015).

O aborto humanitário ou sentimental, como é considerado e praticado por médico quando a gravidez resultar de um estupro ou complicações a vida da gestante sendo precedido, nesta hipótese, de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal, conforme determina o artigo 128, II do Código Penal (BRASIL, 1940).

Quando realizado de forma induzida e de modo seguro, é um procedimento conduzido por médicos especializados, em ambientes adequados, enquanto quando são considerados induzidos inseguros, podem ser feitos em casa utilizando práticas culturalmente conhecidas, ou em clínicas clandestinas, vale ressaltar que o aborto induzido pode ser legalizado ou não, a depender das situações, Código Penal Brasileiro artigos 124 a 128 (FLEURY *et al.*, 2015; VIEIRA, 2010; BRASIL, 2011; SANTOS *et al.*, 2021).

3.4 ABORTO CONSENTIDO OU PROVOCADO

O aborto provocado ou induzido é um tema polêmico que envolve questões religiosas, culturais, e políticas, os dados existentes sobre sua ocorrência são imprecisos, mesmo onde sua

prática é legal, em países que criminalizam o procedimento, esses dados são ainda mais difíceis de serem obtidos (CECATTI., *et al*; 2016).

Esta primeira forma de aborto, tem previsão legal no art. 124 do Código Penal: Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.

Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque:

Pena – detenção, de um a três anos (BRASIL, 1940).

Sendo assim, o auto aborto se dá quando a gestante, provoca ou permite que outra pessoa lhe provoque o aborto. Neste caso, o sujeito ativo será a gestante, tornando o crime como delito especial próprio. O sujeito passivo, neste caso é a criança ou feto, em formação que tem o seu direito a vida violado (ABADIO, 2021).

Sendo assim, a prática deste delito pode ocorrer mediante violência, fraude ou grave ameaça. Pode ocorrer através da aplicação de substância abortivas destacam-se: água inglesa, um regulador menstrual (muito conhecido e usado pela população), “coquetel” (presume-se que este se trata de associação em doses elevadas de hormônios sexuais sintéticos) (WOLFFERS; HARDON; JANSSEN, 1991).

Portanto, o auto aborto é considerado crime de mão própria, pois, apenas a gestante poderá figurar como sujeito ativo, visto que caso ocorra participação de terceiro, será apenas como ato acessório, participando do delito. Caso haja um terceiro envolvido no delito, este responderá apenas pelos atos executórios praticados, conforme dispõe o art. 126 do Código Penal Brasileiro, pois o crime de auto aborto não admite coautoria (BRASIL, 1940).

3.5 ABORTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo é uma vivência que engloba sentimentos de muita dor física e psíquica para a mulher. Diversos sentimentos, emoções, angústias e ansiedades estão presentes durante e após essa experiência, sobretudo envolvendo o luto pela perda (Bernal, 2020). Conforme Oliveira et al. (2020, p. 374), “[...] de todas as gestações diagnosticadas, 15 a 20% terminam em aborto espontâneo, a maioria dentro das primeiras 13 semanas de gestação”.

Já para o ministério da saúde (2005) o aborto espontâneo ocorre naturalmente, sendo comum durante a terceira semana após a fertilização. Num cenário global temos que cerca de 15% das gestações terminam em aborto espontâneo, com frequência maior durante as 12 primeiras semanas.

Quanto mais precoce o abortamento, maiores são as chances de ser por consequência genética (50% a 80% no primeiro trimestre por alterações cromossômicas). De 15% a 27% associa-se a miomas, útero septado e incompetência istmo cervical. Para que não haja reincidência de perda precoce, é de suma importância o diagnóstico de alterações para direcionar o tratamento. Sabe-se que o aborto espontâneo é uma perda inesperada da gestação e compreende-se que a maioria das mulheres não está preparada para enfrentar essa situação de forma natural (SAKAE; FRANÇA; KLEVESTON., 2018).

4 ABORTO NO BRASIL: UMA DAS CAUSAS DA MORTE MATERNA

Entre 2015 e 2019, ocorreram aproximadamente 73,3 milhões de abortos a cada ano, no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2020).

O Brasil está entre os países com acesso ao aborto mais restrito do mundo (Center for Reproductive Rights, 2021). No Brasil, o aborto é considerado, desde o Código Criminal de 1830 (Brasil, 1830), como um crime contra a vida humana passível de prisão, atualmente com exceção qualificada somente em casos de risco de vida para a gestante, estupro e anencefalia do feto (Brasil, 2017).

O perfil das mulheres que abortam, geralmente, é bem estabelecido, são predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol. As mesmas recorreram a técnicas inseguras, com chances de complicações imediatas que resultem no desfecho fatal. As complicações decorrentes dos abortos inseguros se constituem a terceira causa mais frequente de mortalidade materna (FARO SANDI; BRAZ, 2010).

As altas taxas de aborto, no Brasil, refletem as dificuldades enfrentadas pelas mulheres e seus parceiros diante das limitações de acesso a um planejamento familiar eficaz, que proporcione orientações e disponibilize métodos contraceptivos seguros. Este acesso é importante para reduzir os casos de gravidez indesejada e, conseqüentemente, a prática do aborto (Diniz *et al.*, 2009).

A mortalidade materna no Brasil apresentou tendência decrescente desde 1990, com redução da inclinação a partir de 2001 até 2019 (NAKAMURA; AMORIM; PACAGNELLA, 2020), tendo reduzidos de 143 para 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, uma redução de 58%. Mesmo assim, o Brasil nunca ficou dentro da meta nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto para serem atingidos até 2030, que é de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, 2021; PATTINSON, 2009).

5 IMPACTOS DA FALTA DE POLITICAS PUBLICAS COM RELAÇÃO AO ABORTO

Abortos inseguros ocorrem em países onde as leis são restritivas ao procedimento ou naqueles onde é legal, porém, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é dificultado. A distinção entre aborto seguro e inseguro é importante pelas diferentes implicações à saúde das mulheres, do ponto de vista da saúde pública (SEDGH *et al.*, 2007)

Mundialmente, a prevalência de aborto inseguro é estimada em 19 a 20 milhões, dos quais 97% pertence a países em desenvolvimento. Em 2000 ocorreram 14 abortos induzidos por 1.000 mulheres entre 15 a 44 anos (GRIMES, 2006). A maior prevalência é para a América Latina com 20 abortos por 1.000 mulheres entre 15 a 44 anos (GRIMES, 2006). The Alan Guttmacher Institute estimou para o início dos anos 1990, uma taxa de abortamento induzido no Brasil de 36.5/1000 mulheres (SINGH; WULF, 2009).

De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA, 2016) aponta que uma, em cada cinco mulheres, até os 40 anos de idade, no Brasil, já realizou pelo menos um aborto, esse dado nos diz que mesmo correndo risco de morte e de punição da lei as mulheres abortam e continuarão a abortar, por diversos fatores sociais e econômicos.

O aborto é, ainda, a quarta maior causa de morbimortalidade materna brasileira é portanto, um fato a ser tratado como questão de saúde pública, ética, política e de direitos humanos. (CÁSSIA; SOUSA, 2018),

6 O CUIDAR DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

A enfermagem precisa estar atenta para além do estado físico das mulheres em situação de abortamento, procurando atender de forma humanizada. Uma profissional da saúde necessita guardar para si os seus valores éticos, culturais e suas crenças, valorizando à ética no local de trabalho. É fundamental o acolhimento dessas mulheres pelos profissionais da saúde, sem que haja julgamentos ou culpabilidade pelo ato espontâneo ou não da mulher, respeitando as suas escolhas e oferecendo suporte físico e emocional (LIMA *et al.*, 2017).

Dessa forma, faz-se extremamente relevante a assistência a psicossocial para mulheres em situação de abortamento. A Norma Técnica sobre a atenção Humanizada ao Abortamento expõe que em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher em sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir,

afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer naturezas, que possam negar e desumanizar esse atendimento (BRASIL, 2005). A abordagem da enfermagem deve ser amparada por uma assistência pautada nos princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade, cumprindo o que estabelecem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

É importante diferenciar as necessidades e individualidades de cada mulher, de acordo com suas situações socioeconômicas, reprodutivas, seu meio externo, relações familiares e estado psicológico (BRASIL, 2013). Ao tratar-se de um momento delicado, que pode gerar angústia, medo, apreensão e incerteza, cabe ao enfermeiro o papel de interação dialogada sobre cada procedimento que será realizado, tais como seus motivos e consequências, sem que as percepções individuais e valores pessoais ultrapassem o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) de acordo com seus deveres do art. 24 do COFEN (2017) afirmam no Capítulo II da Legislação dos Profissionais de Enfermagem que o exercício da profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade é de extrema importante para um trabalho digno e bem edificado. Já no art. 25 do COFEN (2017) estabelece que a fundamentação de relações no direito de cumprimento de seus deveres com a devida prudência, respeito, solidariedade e diversidade de opiniões e posicionamento ideológico como obrigatoriedade da base de atuação profissional.

6.1 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO

A pouca assistência às vítimas de aborto em instituições de saúde é influenciada por pensamentos culturais, religiosos e doutrinários, fazendo com que o processo de abortamento tenha um atendimento desumanizado, não contribuindo para a atenuação do índice de mortalidade materna em casos de aborto (SILVA; ARAÚJO, 2011).

Brito *et al.* (2015), acredita que a assistência deixa ainda mais a desejar quando as mulheres em situação de abortamento são ameaçadas e moralmente criticadas, sendo expostas ainda a ambientes hospitalares compartilhados com mães e recém-nascidos, gerando um trauma psicológico desumano. O tema aborto faz com que as mulheres continuem passando por um ciclo de desrespeito, sendo criminalizadas pelo ato, vivenciando situações que levam a dores físicas e psicológicas, além do peso moral na consciência, acarretando em uma desqualificada assistência hospitalar (LIMA *et al.*, 2017).

Muito deste despreparo profissional no que tange o aborto no Brasil vem do preconceito ao redor do tema o que contribui para a prática de alguns enfermeiros em questionar a paciente sobre o porquê da decisão em abortar, de maneira antiética e ofensiva, causando

constrangimento à usuária (SANTANA; SANTOS; PÉREZ, 2014). O não julgamento da mulher em situação de abortamento é o primeiro passo para uma assistência de enfermagem qualificada, com o propósito principal de assegurar a vida e a saúde da paciente (LIMA *et al.*, 2017).

De acordo com o Código de Ética em Enfermagem (2007), art. 23, a enfermagem deve oferecer assistência qualificada sem nenhum tipo de discriminação, seja qual for.

“O que se espera de uma assistência à mulher em abortamento é a mesma assistência que se dá a qualquer outro cidadão, apenas com algumas particularidades do próprio caso. Deve ser livre de julgamentos pessoais e dialéticos, humanizada, que supra as necessidades físicas e psicológicas, não diferenciar o atendimento pela etiologia do aborto, seguir os princípios fundamentais da bioética preservando a autonomia da mulher, fazer o bem, evitar ao máximo os danos e ser imparcial independente da opinião pessoal. Além desses aspectos, um ambiente que promova conforto e privacidade é essencial para que as mulheres possam desvelar seus sentimentos e para que vínculos sejam estabelecidos” (SILVA *et al.*, 2020, p.18).

O acolhimento da usuária em processo de abortamento não pode ser também algo robótico ou um procedimento padrão. É necessário que a equipe de enfermagem tenha empatia para com a mulher, oferecendo suporte não apenas clínico, mas também psicológico, escutando-a sem gerar opiniões ou julgamentos, respeitando a paciente e a deixando à vontade para que se sinta acolhida e principalmente em um ambiente seguro (LIMA *et al.*, 2017).

Lima *et al.* (2017), acrescentam que geralmente quando a mulher busca ajuda em uma prestadora de serviços de saúde para o abortamento, já está em uma situação crítica de seu estado físico e mental, com diagnóstico de sangramento vaginal e dores abdominais, com febre, entre outros sintomas que podem agravar o estado de saúde da paciente. Com isso, acaba refletindo no estado psicológico da mulher, que além de lidar com as dores e infecções, precisa enfrentar os julgamentos da sociedade e dor pela culpa da interrupção de sua gestação, sendo fundamental neste momento o acolhimento qualificado da equipe de enfermagem para ouvi-la, com o intuito de diminuir a intensidade do sofrimento em um momento tão delicado.

Com isso, pode-se refletir que os profissionais de enfermagem são preparados para exercer as suas funções com qualidade, por meio de técnicas eficientes no tratamento do abortamento, mas o que se questiona é que este atendimento pode ir além de um procedimento mecânico, existindo a necessidade de entender o lado emocional envolvido em cada caso, se preocupando com o sentimento da paciente. O profissional não pode julgar se a usuária de saúde

provocou ou não o aborto e nem o motivo para tal, mas sim prestar uma assistência de qualidade frente ao processo de abortamento (SANTANA; SANTOS; PÉREZ, 2014).

6.2 ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM À MULHER NO PÓS-ABORTAMENTO

O aborto em sua prática pode causar sérios problemas no corpo da mulher, sendo necessário que a paciente esteja ciente de todos os agravamentos que o procedimento pode causar em seu corpo e na sua mente no pós-abortamento. O aborto clandestino deixa muitas sequelas para a vida futura da mulher, correndo o risco de morte no procedimento e, mesmo não terminando em óbito, os traumas permanecem fisicamente e psicologicamente na sua vida (BEZERRA; RIBEIRO; WATERKAMP, 2017).

Segundo Domingos (2010), os profissionais de enfermagem precisam obter todas as informações referentes ao aborto da paciente, como apoio familiar, situação civil, vulnerabilidade econômico, entre outros fatores que interferem na decisão da usuária de vim a praticar o aborto. A clínica hospitalar precisa estar equipada de maneira que forneça a melhor estrutura possível para prezar pela vida materna, utilizando-se do melhor material humano possível, por meio de um relacionamento pessoal com a paciente, visando a empatia e o respeito através de um atendimento altamente humanizado.

O cuidado humanizado é feito pelo profissional de enfermagem responsável pelo acompanhamento da paciente durante sua estadia no hospital, dando assistência tanto técnica quanto psicológica para a paciente, acolhendo-a sem descriminalização desde a sua entrada para o processo de abortamento até a sua recuperação e alta hospitalar (LIMA *et al.*, 2017). A enfermagem precisa acompanhar todos os procedimentos técnicos realizados com a paciente, observar possíveis infecções e sangramentos, orientar para que fique em repouso e que não tenha relações sexuais nos processos dias, tranquilizar a usuária e sempre comunicar ao médico responsável caso a mulher apresente sintomas adversos ou sinais de choque (MONTEIRO, 2016).

Corroborando com os autores acima, Barbosa *et al.* (2011), descrevem a fundamental importância de um atendimento humanizado, profissional e ético por parte dos enfermeiros no pós-abortamento, por meio do diálogo e da compreensão em um momento crítico na vida da paciente. É um instante de dor e sofrimento para a mulher, que mesmo tendo decidido abortar, fica uma sensação de perda e abandono, sendo fundamental o carinho da equipe de enfermagem por meio de um atendimento acolhedor.

O papel da assistência em enfermagem à mulher no pós-abortamento não está apenas no respeitar e chamar a usuária pelo nome, mas sim em compreender o momento em que a mesma está passando, dando toda a atenção e apoio que é necessário. É fundamental a

capacitação dos profissionais de saúde no que tange o preparo para educar e orientar as mulheres no pós-abortamento, prezando por um atendimento verdadeiramente humanizado (BARBOSA *et al.*, 2011).

7 OBJETIVOS

7.1 Objetivo geral

- Descrever o perfil de internação por aborto no Brasil, na região nordeste, no período de 2011 a 2020 com base nos dados oficiais dos sistemas de informações em saúde.

7.2 Objetivos específicos

- Avaliar as taxas de internação materna por aborto na região nordeste do Brasil.
- Caracterizar os fatores étnico e sociodemográfico da amostra.
- Ressalte-se os altos níveis de subnotificação e a necessidade de intervir neste problema de saúde pública.

8 METODOLOGIA

8.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e transversal dos dados de base populacional, com o objetivo de traçar perfil de internações por aborto no nordeste brasileiro.

8.2 Coleta dos dados

Utilizando-se dados públicos e disponíveis para consulta e para *download* nos sistemas de informação em saúde do Brasil, (SIH/ SUS), Em morbidade hospitalar por local de internação, e filtrados por divisão região, ano processamento, faixa etária, lista Morb CID-10 (aborto espontâneo), e analisados por Excel.

8.3 Critérios de inclusão

Os critérios da Coleta de dados de internações por aborto, 2011 e 2020. Levou-se em considerados todos os registros de aborto encontrados no banco de dados do SIH/SUS nesse período.

8.4 Variáveis de análise

Analisados segundo as seguintes variáveis (quando disponíveis): estados do Nordeste, características sociodemográficas (idade e raça/ cor), classificação do aborto (legal/espontâneo/outros tipos/não especificado), ano de ocorrência e custos das internações por aborto. Será levado em consideração faixa etária da mulher (em anos: 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49); sua raça/ cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena; sem informação); e a categoria registrada para o tipo de aborto (espontâneo; por razões medicas; outras gravidezes que terminam em aborto).

8.5 Aspectos éticos

Não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de pesquisa com dados públicos do Ministério da Saúde. Os resultados serão de forma agregada, sem possibilidade de identificação, de acordo com a *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde.

9 RESULTADOS

Com o intuito de facilitar a apresentação das análises das informações retiradas do SIH, foram elaboradas 1 tabelas e 7 gráficos. Na tabela 1 encontra-se internações segundo a faixa etária e ano, trouxemos média (IC95% b) para indicar a média anual de internações por abortos, (V) representara a variação anual, projetados nos gráficos com linear, R^2 será o valor do coeficiente angular positivo/negativo representou o aumento/decréscimo médio anual nas internações por aborto para cada ano observado. Os gráficos foram apresentados valores por internações e crescimento segundo a análise dos 10 anos, trazendo informações sobre crescimento e diminuições segundo os perfis analisados de cor/ raça, idade, tipos de a portos, caráter de atendimentos e valores segundo os últimos caracteres valor de internação e Valor serviços hospitalares por Lista Morb.

Quadro– Taxa de internações por aborto entre mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2011-2020.

Lista Morb CID-10: Aborto espontâneo, Aborto por razões médicas, Outras gravidezes que terminam em aborto													
Alagoas													
Faixa Etária 1	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média	(V) variação	R2
15 a 19 anos	22,41	21,14	22	21,59	21,08	20,24	19,45	17,43	16,16	16,46	20,66	4,86	2,21
20 a 29 anos	43,32	48,97	46,06	45,37	46,66	47,4	47,01	45,45	44,78	47,58	46,36	2,34	1,53
30 a 39 anos	29,74	25,16	26,6	27,07	26,61	26,72	28,06	30,24	32,18	29,04	27,56	4,09	2,02
40 a 49 anos	4,53	4,73	5,35	5,97	5,65	5,65	5,49	6,89	6,85	6,91	5,65	0,67	0,82
Bahia													
15 a 19 anos	16,54	16,19	15,65	15,86	15,51	14,52	13,56	13,19	12,2	12,01	15,01	2,52	1,59
20 a 29 anos	47,66	47,08	45,96	44,46	44,27	43,56	42,53	42,38	41,33	42,36	43,92	4,15	2,04
30 a 39 anos	31,45	31,04	32,72	33,61	33,99	35,22	36,62	36,59	37,69	35,77	34,6	4,67	2,16
40 a 49 anos	4,35	5,69	5,67	6,07	6,24	6,69	7,29	7,84	8,78	9,86	6,47	2,39	1,55
Ceará													
15 a 19 anos	17,75	18,01	17,47	17,23	15,46	15,52	14,21	13,91	12,07	9,77	15,49	6,58	2,56
20 a 29 anos	43,08	44,36	45	44,65	44,98	44,08	44,03	44,35	42,04	37,56	44,21	4,53	2,13
30 a 39 anos	31,3	30,39	30,51	30,58	31,42	32,45	33,5	35,95	35,54	31,43	31,43	3,76	1,94
40 a 49 anos	7,88	7,24	7,03	7,54	7,56	7,95	8,26	9,41	9,76	8,5	7,91	0,72	0,85
Maranhão													
15 a 19 anos	19,09	19,26	19,96	20,21	19,9	17,58	18,62	18,45	17,22	14,29	18,86	2,82	1,68
20 a 29 anos	54,88	55,49	52,87	51,22	51,44	46,32	50,7	50,64	48,63	40,48	50,96	17,21	4,15
30 a 39 anos	22,28	21,88	23,62	23,97	26,48	24,31	28,53	31,78	30,98	27,13	25,39	10,94	3,31
40 a 49 anos	3,74	3,38	3,55	3,93	3,81	3,78	4,8	5,08	5,35	5,04	3,87	0,48	0,7
Paraíba													
15 a 19 anos	17,52	16,35	17,77	16,42	16,37	14,89	14,25	14,19	13,64	13,25	15,62	2,38	1,54
20 a 29 anos	44,49	46,28	44,96	46,64	44,06	42,41	42,94	39,63	42,25	38,79	43,5	6,05	2,46

30 a 39 anos	30,06	30,55	30,58	33,66	34,77	33,52	35,25	37,36	37,71	37,62	34,22	7,97	2,82
40 a 49 anos	7,93	6,82	6,69	7,66	7,34	9,17	7,56	8,81	9,62	10,33	7,79	1,36	1,16
Pernambuco													
15 a 19 anos	18,63	18,75	17,82	18,05	16,76	14,29	14,51	13,24	12,21	10,64	15,64	7,59	2,75
20 a 29 anos	49,65	47,45	45,83	45,89	44,32	39,3	40,62	39,13	37,65	34,61	42,47	21,24	4,61
30 a 39 anos	26,3	28,65	28,21	28,96	29,52	24,29	28,99	28,73	28,44	25,03	28,54	3,01	1,73
40 a 49 anos	5,41	5,16	5,5	5,25	5,79	4,7	5,76	6,22	6,86	5,46	5,48	0,32	0,57
Piauí													
15 a 19 anos	18,3	18,03	18,48	17,84	18,04	18,94	17,3	17,2	14,49	14,02	17,93	2,51	1,59
20 a 29 anos	51,42	51,36	51,19	47,15	47,48	48,89	49,53	49,94	47,4	44,61	49,21	4,49	2,12
30 a 39 anos	27,17	26,37	26,23	28,26	29,92	29,51	32,53	33,99	34,17	34,71	29,72	9,97	3,16
40 a 49 anos	3,11	4,24	4,1	4,58	5,37	5,45	5,71	6,35	6,45	6,67	5,41	1,23	1,11
Rio Grande do Norte													
15 a 19 anos	14,64	15,76	15,49	22	20,91	16,74	13,5	11,57	11,4	9,39	15,06	14,62	3,82
20 a 29 anos	48,54	45,31	46,84	57,06	56,97	48,84	42,67	43	41,21	37,47	46,07	36,77	6,06
30 a 39 anos	29,65	31,44	32,53	40,96	42,27	37,22	36,09	37,22	39,31	34,11	36,66	15,45	3,93
40 a 49 anos	7,18	7,49	7,49	8,79	9,74	10,16	7,73	9,26	10,87	8,94	8,87	1,45	1,2
Sergipe													
15 a 19 anos	15,43	17,61	17,96	16,22	17,9	13,8	14,55	13,22	13,29	10,89	14,99	5,02	2,24
20 a 29 anos	47,62	47,1	43,75	44,28	45,65	37,88	43,5	43,06	44,28	37,7	44,02	10,12	3,18
30 a 39 anos	30,85	29,23	32,07	31,01	32,75	27,91	34,49	35,01	33,86	29,73	31,54	5,03	2,24
40 a 49 anos	6,1	6,07	6,22	6,49	6,34	5,9	7,46	7,42	7,31	6,31	6,33	0,32	0,57

Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Foram registradas, no período de 2011 a 2020, 596.953 internações por aborto no Nordeste, correspondendo a uma taxa média anual de 23,03%. A proporção das internações por aborto de mulheres em idade fértil foi de 4,3%, considerando-se o total de internações da população feminina da mesma faixa etária, para o mesmo período.

A análise temporal, de 2011 a 2020, indicou redução significativa, das internações por aborto no Nordeste, com uma variação média de 1,43 ponto percentual (p.p.) ao ano (Tabela 1).

Essa redução foi observada em quase todas os estados. Entretanto, houve um crescimento ao ano na Bahia ($R^2 = 0,07$) Ceará ($R^2 = 0,40$), Maranhão ($R^2 > 1,00$) e Pernambuco ($R^2 > 1,00$).

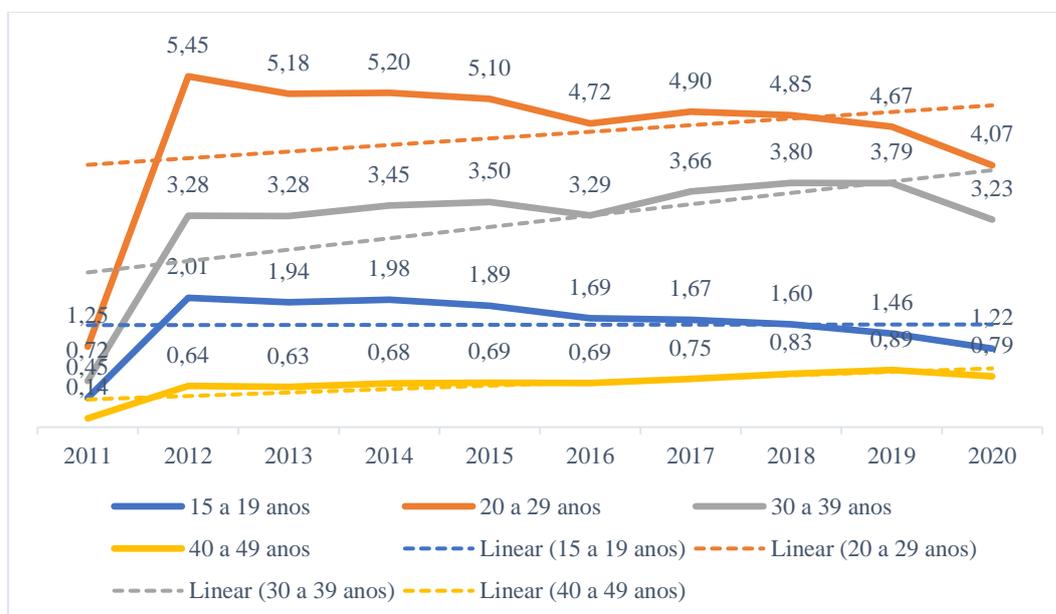
Quanto a idade 15 a 19 anos apenas três apresentaram uma Média (IC95%b) anual de internação superior a 15% foram: Alagoas (20,66%), Maranhão (18,86%) e Piauí (17,93%).

A faixa etária de 20 a 29 anos os estados que apresentaram maior média anual foram Maranhão (50,96%), Piauí (49,21%), Rio Grande do Norte e Alagoas com cerca de (46%), os demais estados apresentaram valores ($\leq 44\%$).

Observou-se que a faixa etária de 30 a 39 anos os estados que tiveram melhor projeção para o ano consecutivo foi Pernambuco ($R^2 = 1,73$) e Ceará ($R^2 = 1,94$). Com relação à média anual todos os nove estados apresentaram valores ($\leq 36,66\%$), em relação a variação populacional Rio Grande do Norte apresentou uma variação populacional (15,45%) e o Maranhão (10,94%), sendo os dois maiores em relação aos demais estados quanto analisado essa faixa etária.

Analisando os estados com relação a faixa etária de 40 a 49 anos, observasse que Rio Grande do Norte apresentou maior média anual de internações (8,87%), seguida de Ceará e Paraíba com cerca de 7%, os demais estados se mostram ($\leq 6\%$).

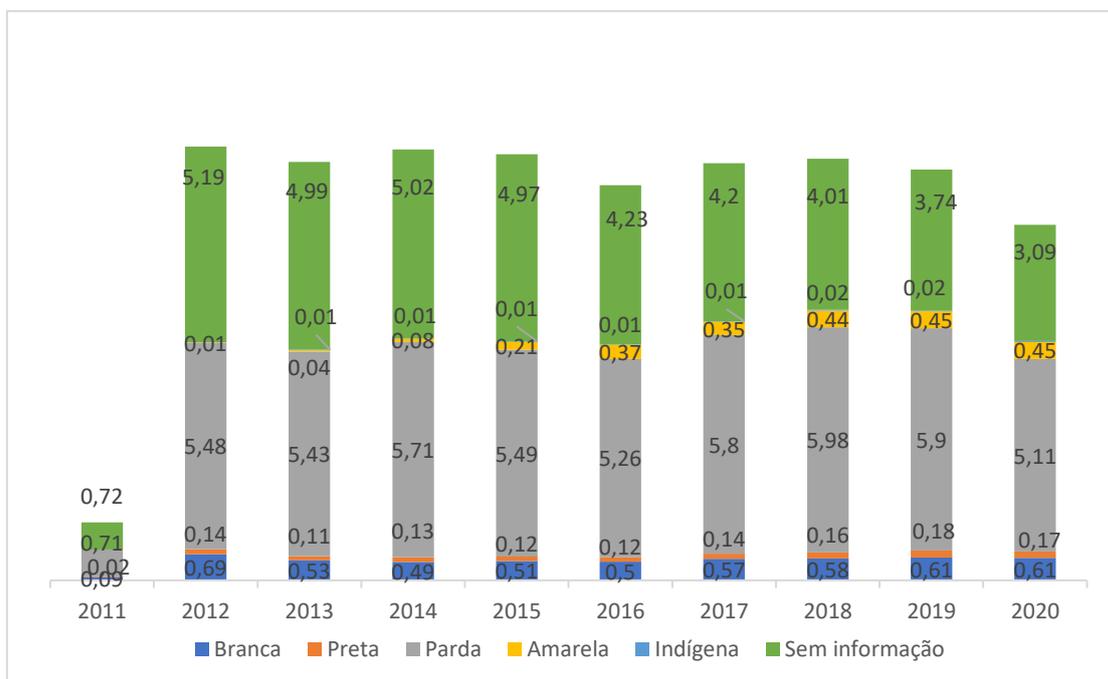
Gráfico 1 – Taxa de internações por aborto segundo faixa etária da população feminina e projeção linear, Brasil, 2011-2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

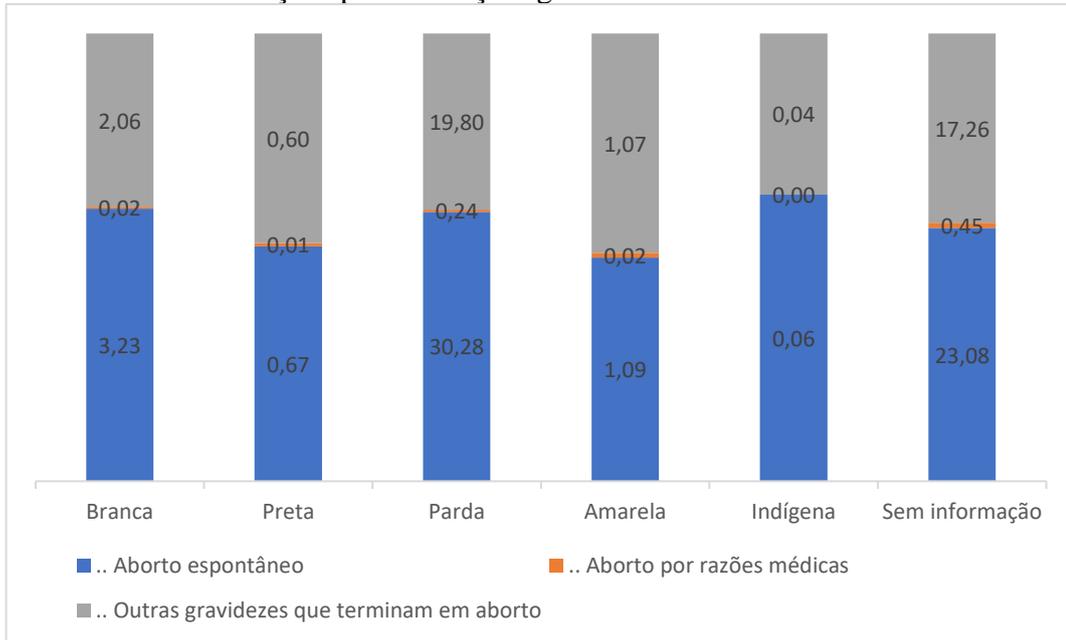
Quando analisado às faixas etárias observou-se que todas começaram 2011 com menor índices registrados (15 a 19 anos 0,14%, 20 a 29 anos 1,25%, 30 a 39 anos 0,75% e 40 a 49 anos 0,14%) quando comparados aos outros anos. As idades de maior ocorrência, foram a de 20 a 29 anos (45,39% de 2011 a 2020), essa faixa etária teve maior proporção em 2012 com 5,45% das internações, de 30 a 39 anos, com cerca de 32% soma total do período de dez anos, apesar de que no último ano apresentou uma redução (3,23%) quando comparada com os anos anteriores. De 15 a 19 anos o maior pico de internações registradas deu-se em 2012 (2,01%), quando avaliado as idades 40 a 49 anos foi a que expressou menores índice se mantendo abaixo de 1%.

Gráfico 2 – Proporção de internações por aborto segundo raça/cor da pele, Brasil, 2011-2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

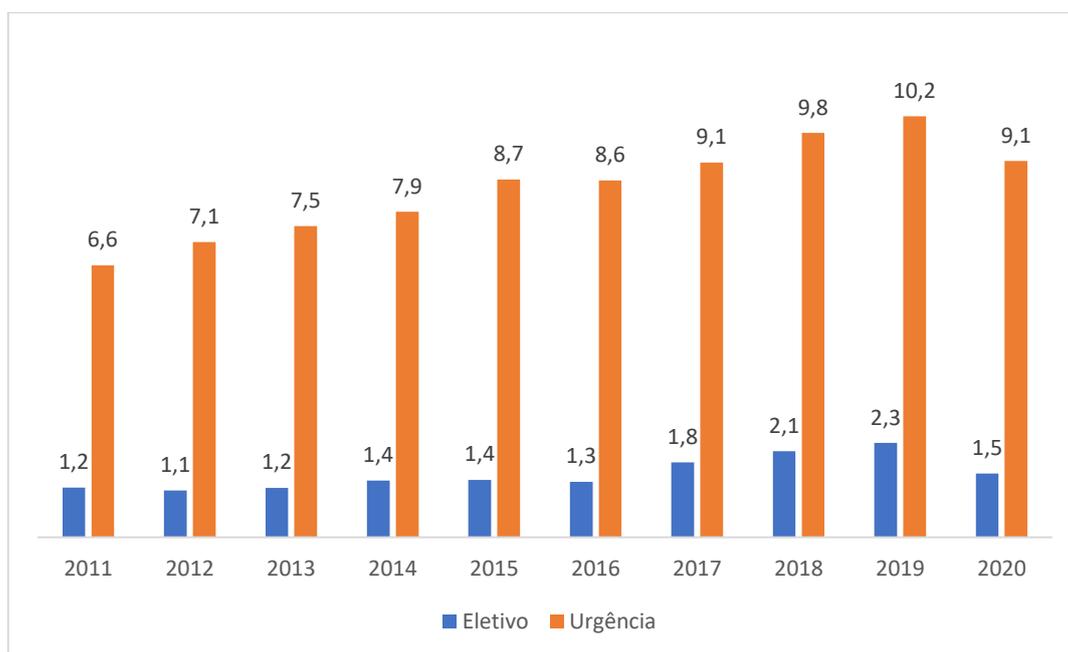
A avaliação por raça/cor da pele indicou 40,16% de sem informação nos últimos dez anos, embora se tenha observado aumento no percentual de registros ao longo do período analisado (de 0,72% sem informação, em 2011, para 3,09% em 2020). Entre as mulheres pardas, houve uma pequena redução (de 5,48% em 2011, para 5,11% em 2020), enquanto as indígenas variaram de 0,1% em 2011 para 0,2% em 2019, brancas apresentaram o terceiro maior registro (0,61% 2020). Para mulheres identificadas como pretas variou (0,14% em 2012, a 0,17% em 2020), e amarelas de 0,04% para 0,45% (2011 a 2020), mostrando que percentual de internações aumentou, no entanto pretas, amarelas e indígenas, tem um somatório menor quando comparados as demais, uma vez que 40,16% das mulheres que sofreu aborto espontâneo não informou sua raça/cor. (gráfico 2).

Gráfico 3 - Internações por Cor/raça segundo Lista Morb CID-10.

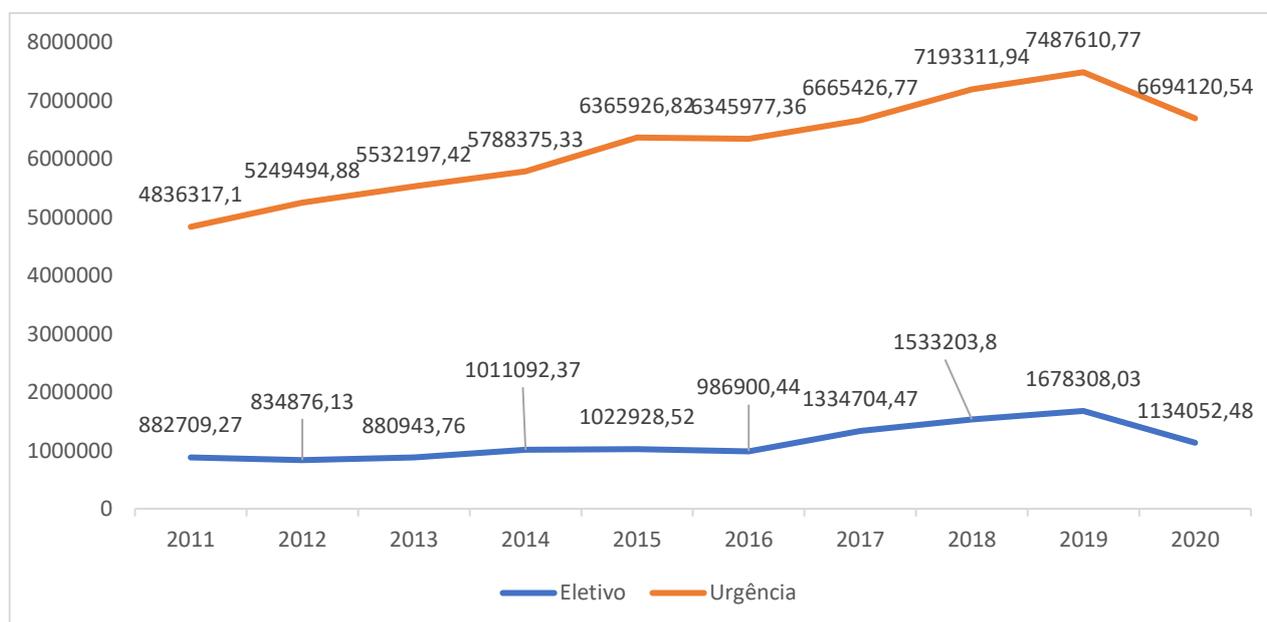
Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A taxa de mortalidade de mulheres que sofreram aborto espontâneo foi predominante em mulheres pardas (30,38%) seguidas por sem informações (23,08%), brancas (3,23%), amarelas (1,09%), e pretas e indígenas somaram (0,73%). Outras gravidezes que terminaram em aborto tiveram maior expressão novamente em mulheres pardas com 19,80%, seguidas de sem informação (17,26%) e brancas (2,06%), pretas, amarelas e indígenas expressaram um total (1,71%) índices menores que outras raças. Quando avaliado cor/raça em relação Abortos por razões médicas todas apresentaram valores menores que 1%, das internações.

Gráfico 4 e 5 - Valor de internações hospitalares por Caráter atendimento e Ano atendimento, 2011 - 2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

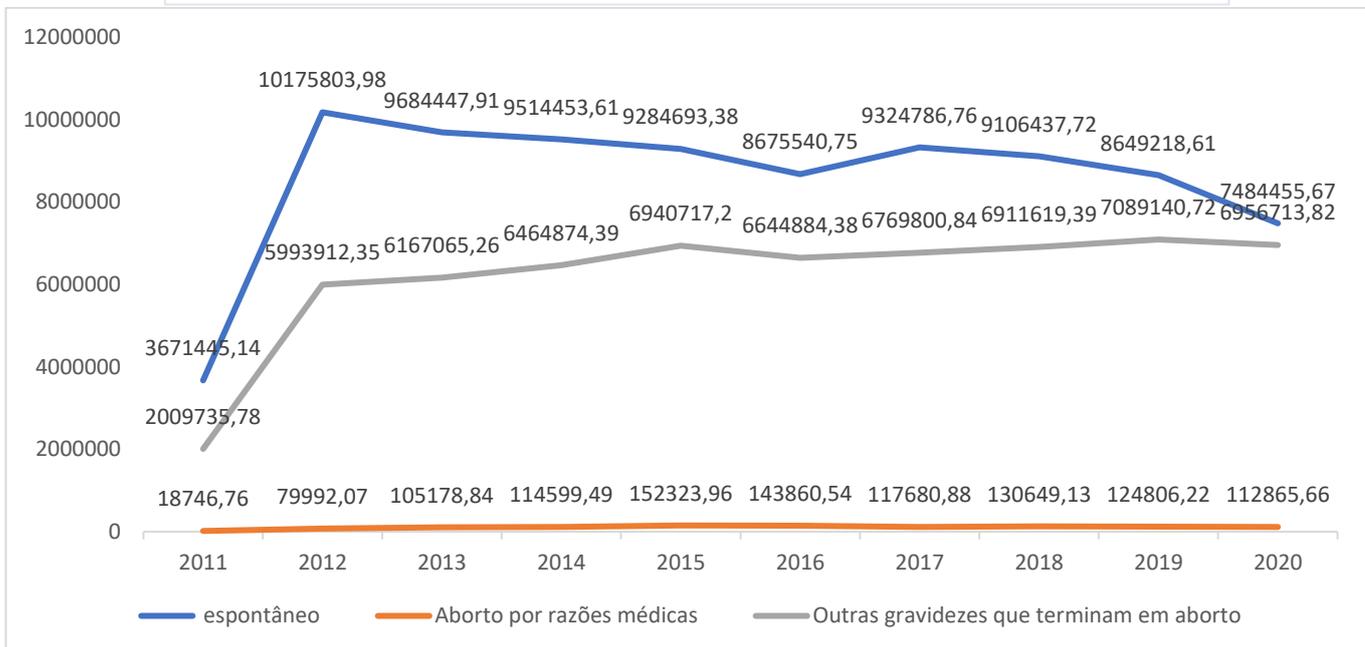


Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O gráfico 4 representa os valores de internações anuais em forma de porcentagem, e o gráfico 5 mostra os valores reais gastos por tipos de internações, trazemos a forma na qual foi análise referente valores atendimento, letivo apresentou menor valor de gasto. (2011, R\$: 882709,3/ 73458478 *100= 1,2%, 2020: R\$: 1134052/ 73458478 *100= 1,5%). Urgência registrou o maior valor (2011: R\$: 4836317 / 73458478*100= 6,6%, a 2020 com R\$: 6694121

/ 7345478*100= 9,1%), em bora o ano de 2019 tenha sido o ano com maiores valores representando 10,2%.

Gráfico 6 e 7 - Valor serviços hospitalares por Lista Morb CID-10/ tipos de abortos de 2011 - 2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A representações dos gráficos acima tem o intuito de mostrar os valores em forma de porcentagens e valores reais como é evidente no gráficos 6 e 7, Através dos dados evidenciados no gráfico 7, observa-se que, no que se refere aos tipos de aborto, a maioria ocorreu por aborto espontâneo, com (R\$: 3671445 / 148620451,2*100= 2,47% em 2011, R\$: 7484456 / 148620451,2*100= 5,04% em 2020), porem o ano de maior valor registrado foi 2012 com

6,85%, seguido de aborto espontâneo, com 619484664 (42%) e abortos por razões médicas, representaram (R\$: 1100704/ 148620451,2*100= 1%) dos casos.

10 DISCUSSÃO

Frente aos presentes resultados, é importante salientar que nem todas as mulheres que sofreram algum tipo de aborto necessitam de internação hospitalar. No caso do aborto induzido, quanto mais seguro o método, menos chance de complicações e de necessidade de internação (ORNER *et al.*, 2016). Nos abortos espontâneos e por outras causas, como gravidez ectópica, também não são todos os casos que necessitarão de internação hospitalar, em alguns casos é possível fazer tratamento ambulatorial dessas patologias (JUNIOR JEMES *et al.*, 2018; ANDRADE, 2019). No entanto, o número de internações também depende da disponibilidade de serviços hospitalares e do acesso da população a esses serviços. Por exemplo, mulheres que vivem em zona rural apresentam menor acesso aos serviços de saúde do que as que vivem em zona urbana (SINGH; WULF, 2016).

Destaca-se também a subnotificação de casos de aborto induzido, na sua maioria sendo notificado como outra gravidez que terminaram em aborto, pois esse tipo de aborto é considerado crime passível de punição legal. (KHAN *et al.*, 2016). Houve uma redução do número de casos de aborto espontâneo no ano de 2020, o que pode ser justificado por uma baixa procura por atendimento devido ao isolamento na pandemia da COVID-19, subnotificação ou até mesmo uma melhora na Atenção Primária da Saúde (prevenção e promoção à saúde) através do aumento das Estratégias de Saúde da Família (ESF) nas regionais de saúde mesmo em anos de pandemia (FERNANDEZ, 2021; SILVA, 2014). A dificuldade em afirmar a real quantidade dos abortamentos espontâneos, dentre todos os abortamentos, decorre muitas vezes pelo fato de algumas mulheres ocultarem a real classificação dos abortos sendo que alguns classificados como espontâneos tenham sido provocados (SILVA, 2014).

De acordo com Diniz e Medeiros (2017) foi observado que muitas mulheres só procuram os serviços de saúde quando apresentam complicações pós-abortamento. Esse fato pode justificar a maior parte dos atendimentos, realizados entre 2011 e 2020, serem de caráter de urgência.

Por outro lado, conforme foi dito, o aborto por caráter de atendimento letivos podem ser em sua maioria induzido decorrente de uma interrupção externa e intencional levando à morte do conceito durante o período da gestação (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Essa prática é bastante polêmica, pois envolvem questões culturais, políticas, religiosas e sociais. Além também de ser considerado crime em alguns países, como por exemplo, no Brasil, exceto para três situações específicas, sendo elas: quando a gravidez oferece risco de vida para a gestante; quando a gravidez é decorrente de estupro; ou em casos de feto anencéfalo, caracterizando um em atendimentos letivos, (MAIA, 2021). Os abortos letivos normalmente são exercidos através de

procedimentos cirúrgicos ou químicos, variando com a idade do feto. Assim como pode ser feito de maneira segura, quando é pedido por razões médicas ou legais, e existe um profissional habilitado para efetuá-lo, ou de maneira insegura, referindo-se aos casos de abortos clandestinos. Sendo que estes são realizados principalmente pelas mulheres que dispõem de menos recursos financeiros, onde é feito sem acompanhamento de um especialista e em condições de higiene precária, aumentando os riscos para a saúde da mulher, e precisando de atendimentos hospitalares caracterizando como de urgência em sua maioria (PEREIRA, 2018). Observa-se que no intervalo compreendido entre os anos de 2008 e 2015, ocorreu cerca de 200.000 internações por ano devido a procedimentos relacionados ao aborto, sendo que apenas cerca de 1.600 foram por razões médicas e letivos (CARDOSO *et al.*, 2020).

Parte-se do princípio de que a maioria das internações foram classificadas por caráter de urgência apresentadas é passível de reconhecimento na esfera da assistência de saúde, sobretudo, no pré-natal. Assim, a assistência qualificada poderá contribuir significativamente para a redução das taxas de internações, considerando-se que há maior chance de promoção de um processo gestacional seguro mediante as detecções precoces das alterações na saúde materna e fetal (CALEGARIA *et al.*, 2016; OTA *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2021).

No entanto, alguns subgrupos têm tamanho pequeno, como indígenas e amarelas, o que pode ter afetado a precisão das medidas em relação aos grupos mais numerosos (CARDOSO *et al.*, 2020; DINIZ *et al.*, 2017). Deve-se considerar que as minorias étnico-raciais compõem um grupo de maior vulnerabilidade, por questões socioeconômicas e menor acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto, menos captadas pelo registro de internações hospitalares. (DANTAS, 2019). Além disso, a PNA estudou os abortos não previstos em lei, diferentemente do presente estudo, cujo objeto de análise é o perfil de internação hospitalar (CARDOSO *et al.*, 2020).

A redução da proporção de internações por aborto sem informação sobre raça/cor da pele, ao longo do período estudado, foi acompanhada de um leve aumento na proporção de mulheres pretas e pardas, sugerindo que a melhoria da informação tenha ocorrido nesse estrato populacional. Essa provável migração de dados sem informação para a população negra indica que a invisibilidade desse grupo de mulheres mais vulneráveis parece ter-se reduzido gradativamente, ao longo dos tempos recentes. Comparando-se com dados atuais de mortalidade por aborto, por exemplo, são essas mulheres as que se encontram no grupo de maior risco: estudo de Cardoso *et al.* (CARDOSO, VIEIRA; SARACENI 2020), mostrou que mulheres de raça/cor da pele preta e indígena têm maior risco de óbito por aborto, assim como aquelas das regiões Norte, Nordeste.

Para Souza *et al.* (2015), no Brasil, os dados obtidos sobre abortamentos são baseados fundamentalmente no número de registros de internações hospitalares por suas complicações, porém, esses dados apresentam uma grande quantidade de subregistros, já que o SIH/SUS tem abrangência para os casos com acesso aos serviços públicos de saúde, excluindo as pessoas que não tiveram acesso ao SUS, as que tiveram e não foram internadas e as internadas na rede privada de saúde. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto, respondida por inquéritos domiciliares com amostra aleatória de mulheres entre 18 a 39 anos, demonstrou que cerca de 500.000 realizaram algum procedimento relacionado ao abortamento, mas apenas 48% buscou ou necessitou de internação hospitalar no ano de 2016 (DINIZ *et al.*, 2017). Quanto à faixa etária, a maior incidência de abortos espontâneos ocorreu entre os 15 a 30 anos, o que pode ser justificado pelo fato de se concentrar o período de maior fecundidade das mulheres, na plenitude de suas atividades sexuais daí estarem mais susceptíveis às ocorrências de gestações desejadas ou não (RIBEIRO; BOLPATO, 2017).

Em 2017 foi expressado maior registro de internações por aborto segundo a faixa etária de 15 a 19 anos, no entanto, a OMS demonstrou uma taxa de gestação no Brasil, na adolescência, de aproximadamente 70%, sendo esta taxa maior do que a ocorrência nessa faixa etária na América Latina. Esse fato é alarmante e demanda alterações no cuidado da saúde sexual e informações para tais adolescentes, uma vez que o risco de mortalidade materna é extremamente alto em mulheres menores de 15 anos. (PAVELQUEIRES; SANTOS ITS, 2020).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, a partir da década de 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%, e afirma que o aumento dessa taxa ocorreu entre adolescentes e jovens, assim como o número de mortalidade materna nesta faixa etária. Sendo considerada um forte índice de que as políticas de contracepção como: atenção básica à gestante em pré-natal planejamento familiar educacional, que não têm sido adequadas, nem referenciado e atendido às necessidades específicas desse grupo, afetando diretamente sua saúde reprodutiva (MENEZES *et al.*, 2020).

A falta de educação sexual impede o conhecimento do uso dos métodos contraceptivos, o que permite as adolescentes engravidar precocemente e acabar pensando que o aborto é a única opção frente a uma gravidez indesejada. Corrobora-se que nível de renda familiar não é um fator determinante nesse processo, mas tem grande importância. Uma vez que adolescentes com menor poder aquisitivo praticam o aborto em condições precárias, resultando complicações e agravos nas maioridades vezes irreparáveis (CARDOSO *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que os programas do Ministério da Saúde para este público, se aplicados de maneira veemente e correta, podem gerar melhores resultados. Sendo importante a orientação e educação sexual para que os jovens possam ter conhecimento do seu próprio corpo e sua funcionalidade, para obtenção de consciência e responsabilidade. Por isso, um programa de educação sexual não deve ser banalizado nem tão pouco ser deixado de lado, pois a sua importância é tão grande quanto aos programas de doenças implantados pelo Ministério da Saúde e pela OMS (RODRIGUES; KAMIMURA; OLIVEIRA, 2021).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo que foi descrever o perfil de internação por aborto na região nordeste, e avaliar a evolução desses dados ao longo dos últimos dez anos. Apesar de não haver dentro do Sistema de Informação, as causas de internações por aborto inseguro, o que pode ser considerado uma omissão clara nos dados quando declarado pelo sistema, já que observamos que maiores taxas foram de gravidez que terminaram em aborto, por isto, podemos ver que ainda há uma grande problemática sobre gravidez na adolescência constataram-se evidências que provam o grande número de mulheres em idade fértil entre 15 a 30 anos, mulheres pardas ainda são as mais acometidas, ainda que mulheres negras, indígenas e amarelas, esteja em menor quantidades, a importância de reforçar o planejamento familiar a fim de evitar episódios de aborto e gestações indesejadas logo diminuindo os gastos por internações. Deste modo, este estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, com o intuito de se obterem retratos mais apurados, dos casos de internações por aborto no Nordeste, tais como as causas de internações por aborto inseguro, a fim de estimular a criação de políticas públicas que solucione essa problemática que são determinantes sociais que envolvem o aborto.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L., et al.,(2016). **Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3819-3832. Alfa São Paulo. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAL0AA/aborto>> Acesso em 07 dez. 2022.

AIRES, R. T.; POSTIGO, K. Q.; OLIVEIRA A. L.; "Legalização do aborto no Brasil: pleno exercício dos direitos humanos da mulher–impacto no desenvolvimento regional." *Brazilian Journal of Development*.2021;7(3):31414-3143

ANDRADE, J. M.; **Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2019;31(2):94–101. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200008>

BARBOSA, D; et al. **O técnico de enfermagem no processo de humanização e cuidado no pós-parto.** 2011. Disponível em: <<http://sabledoriadaenfermagem.blogspot.com.br/2011/10/o-tecnico-de-enfermagem-no-processo-de.html>> Acesso em 07 abr. 2022.

BATISTA, R. Q.; KOCH, D. F.; BISPO, A. M. de S.; LUCIANO, T. V.; VELTEN, A. P. C. **Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil.** *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 79–86, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15087>. Acesso em: 7 maio. 2023.

BEARAK, J., et al., (2020). **Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion:** estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Global Health*. 2020 Sep; 8(9), Artigo e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6) BEZERRA, E; et al. **A saúde da mulher e a contribuição de enfermagem frente à mulher que sofreu aborto.** Artigo Científico apresentado a Faculdade de Pimenta Bueno - FAP, 2017.

BRASIL. (2005). **Série A. Normas e manuais técnicos série direitos sexuais e direitos reprodutivos caderno: atenção humanizada ao abortamento.** Brasília. (1ªed.) https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnic_a_2ed.pdf

BRASIL. **Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.** Diário Oficial da União 1940; 31 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento. Série: Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Brasília**, v. 4, n. 2, p. 1-60, dez. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 26 outubro 2022.

Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudedamulher>. Acesso em 26 outubro 2022.

CALEGARI RS, GOUVEIA HG, GONÇALVES AC. **Intercorrências Clínicas e Obstétricas vivenciadas por Mulheres no Pré-Natal.** *Rev Cogitare Enfermagem.* 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08. Available from: revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604.

CAMARGO, THAIS MEDINA COELI ROCHEL; **Narrativas pró-direito ao aborto no Brasil, 1976 a 2016.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. Epub 10 Fev 2020. v. 36, n. Suppl 1 ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189018>. [Acessado 26 Outubro 2022], e00189018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189018>>.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V.. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. Cad. Saúde Pública, 2020 36 suppl 1, p. e00188718, 2020.

CECATTI, J. G. et al.. **Aborto no Brasil: um enfoque demográfico.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 3, p. 105-111, mar. 2016.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. (2021). *The World's Abortion* [Página da web. Recuperado em 16 de julho 2022, de <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws?country=BRA>

CHAVES, J. H. B. et al.. **Abortamento provocado na adolescência sob perspectiva bioética.** *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, v.10, p. s311-s319, dez. 2016.

CIRELLI, J. F. et al.. **The Burden of Indirect Causes of Maternal Morbidity and Mortality in the Process of Obstetric Transition: A Cross-Sectional Multicenter Study.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 40, n. 3, p. 106–114, mar. 2018.

CODIGO CRIMINAL DO IMPERIO DO BRAZIL. (1830, 6 dezembro). **Lei de 6 de dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal.** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm

CÓDIGO PENAL. (2017). **Decreto-lei no 2.848/1940. Originalmente publicado em 1942.** https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf

COFEN. (2017). **Resolução COFEN nº 564/2017.** http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.htm

DANTAS, MARIANNY NAYARA PAIVA. **Iniquidades nos serviços de saúde brasileiros: uma análise do acesso e da discriminação racial a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013.** 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

DE FARO SANDI, et al.,(2010). **As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública.** *Revista Bioética*, 18(1).

DINIZ D, MEDEIROS M, MADEIRO A. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2017 Fev; 22 (2): Doi: 10.1590/1413-81232017222.23812016

DINIZ D, MEDEIROS M, MADEIRO A. **National abortion survey 2016.** *Cienc Saude Colet.* 2017;22(2):653–60. Doi: 10.1590/1413-81232017222.23812016

DINIZ D, MEDEIROS M. **Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras.** *Ciêns Saúde Colet.* 2017;17(7):1671-1681.

DINIZ, D., et al., (2009). **Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 939-942.

DINIZ, D., MEDEIROS, M. & MADEIRO, A. (2017). **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** *Rev. Ciênc. saúde colet.* 22 (2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>

DOMINGOS, S.et. al. **O aborto como causa de mortalidade materna:um pensar para o cuidado de enfermagem.** *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2010 jan/mar; 14 (1): 177-81. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/wQ3LCGPqXPjsLg8RdtPbWHx/abstract/?lang=ptaces>> Acesso em 07 de Dez. 2022.

DOMINGUES ROSA MARIA SOARES MADEIRA, F, et al., **Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018.** *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(1): e00190418.

DUARTE ABADIO, I. C.; **Aborto: A gravidez decorrente da violência sexual** 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1687/1/ISABELLA%20CRISTINE%20DUARTE%20ABADIO.pdf> Acesso em: 26 outubro 2022.

FERNANDEZ, M., LOTTA, G. & CORRÊA, M. (2021). **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19.** *Trab. educ. saúde,* 19. <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w>

FIUZA R. **Novo código civil comentado..**V 3.2. ed. São Paulo: Saraiva; 2002. 134 p.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; et al., **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/198070>>. Acesso em 25 outubro 2022.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.** Brasília: Funasa, 2005.

GANATRA B, T, et al., **From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion.** *Bull World Health Organ* 2014; 92:155.

GRIMES DA, et al. **Unsafe abortion: the preventable pandemic.** *Lancet.* 2006;368(9550):1908-19.

GUIGLIANI CAMILA, et al., **O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde.** *Revista brasileira de medicina da família e comunidade.* 2019 Jan;14(41):1791.

HELGSTRAND S E ANDERSEN NAM. **Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion.** Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84(1): 1197-1201

HTUN M: **Sex and the State: abortion, divorce, and the family under Latin American dictator- ships and democracies.** New York: Cambridge University Press; 2003.

JESUS, **Damásio Evangelista de. Direito penal: parte especial.** 2 v. 35.ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

JUNIOR JEMES, MONTENEGRO NAMM, SOARES , CAMANO L. **Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento . Situação atual.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2018;30(3):149–59.

KHAN, K.S.; WOJDYLA D.; SAY L.; GÜLMEZOGLU A. M.; VAN LOOK PF A. **WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review.** Lancet. 2016 Apr 1;367(9516):1066–74.

KRYIAKOS, N.; E FIORINI, E. **A dimensão legal do aborto no Brasil. In: Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas.** São Paulo: Cadernos Católicas pelo Direito de Decidir; 2002. p. 131-46

LIMA, T.; MIOTO, R. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/?format=pdf>> Acesso em 07 de dez. 2022.

MAIA. M.N. **Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2021; 16(43): 1-8

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y.T.; SARAIVA, S.S.; BOING, A.F.; GEREMIA, D. S. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** Rev. Esc. Anna Nery, 2021;25(1):e20200098. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.

MARQUES, B.L.; TOMASI, Y.T.; SARAIVA, S.S.; BOING, A.F.; GEREMIA, D.S. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** Rev. Esc. Anna Nery, 2021;25(1):e20200098. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.

MARQUES, B.L.; TOMASI, Y.T.; SARAIVA, S.S.; BOING, A.F.; GEREMIA, D.S. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** Rev. Esc. Anna Nery, 2021;25(1):e20200098. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.

MARTINS, E.; ALMEIDA, P.; PAIXÃO, C.; BICALHO, P.; ERRICO, L.; **Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no estado de Minas Gerais, Caderno de saúde pública.** Brasil, 2000-2011.2017 Feb 13;33(1):e00133115.

MENEZES GRAICE, et al. **“Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade.”** Cadernos de Saúde Pública. 2020; 36: e 00197918.

- MONTEIRO, O. **Aborto, Notas de estudo de Enfermagem**. Associado ao Projeto
- NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M.M.R.; PACAGNELLA, R. D. C. **COVID-19 and Maternal Death in Brazil: Na Invisible Tragedy**. 2020;(September):19-22
- OLIVEIRA, M.C.; et al. **Aborto induzido no Brasil**. *Multidebates*, 2019; 3(1): 287- 307.
- ORNER, P.J.; DE BRUYN M.; BARBOSA R. M.; BOONSTRA H.; GATSI-MALLET J.; COOPER, D.D.; **Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS**. *Journal of the International AIDS Society*. 2016 Jan;14(1):54.
- OTA E.; LOPES K. S.; MIDDLETON P.; FLENADY V.; WARIKI W. M.; RAHMAN M. O. et al. **Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews**. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Dec 18;12(12):CD009599. DOI:[10.1002/14651858.CD009599.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009599.pub2).
- PATTINSON, R. **Near miss audit in obstetrics**. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:285-6.
- PAVELQUEIRES, S.; SANTOS, I. T. R. **Perfil de gestantes atendidas em um hospital público no interior paulista**. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2020; 4: 1-9.
- PEREIRA, A C, et al. "A legalização do aborto: um estudo acerca do seu impacto social." *Anais do Salão de Iniciação Científica Tecnológica*. 2021;1. ISSN-2358-8446.
- PEREIRA, F. A.; **Estudo sobre a legalização do aborto: prós, contras e a quem compete decidir acerca da descriminalização**. *Revista Científica UMC*, 2018; 3(1): 1-15.
- PORTAL ODS – **Sesi Paraná. Mortalidade materna cresce no Brasil**. [online]. Paraná; 2022 [acesso 24 outubro 2026]. Disponível em: <http://portalods.com.br/noticias/mortalidade-materna-cresce-no-brasil/>.
- RAMOS, K.; DA S.; FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. D E. **Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 3, p. 605–610, set. 2010.
- RIBEIRO, T. B.; BOLPATO, M.B.; **Aborto provocado: consequências físicas, psicológicas e as implicações para a assistência de enfermagem**. *Revista Eletrônica da Univar*. 2017;1(9):136-141.
- SANTANA, D; et al. **A assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento**. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador. 2014 Abr; 2(1): 50-59. Disponível em:<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/267/393>> Acesso em 7 de dez. 2022.
- SANTOS, T. E. R.; et al. **Práticas de enfermagem às mulheres que vivenciaram aborto: revisão integrativa**. *Nursing*. São Paulo, v. 24, n. 272, 5198-5209, 2021. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1119>>. Acesso em: 26 outubro 2022.

SEDGH G, et al., **Induced abortion: estimated rates and trends worldwide**. *Lancet*. 2007;370(9595):1338-45.

SILVA, CASTRO, P.M.; THEISEN C.; FREITAS H. M. B.; COLOMÉ J. S. **Problemática do aborto em Santa Maria, Rio Grande do Sul: dados epidemiológicos**. *Discip Sci, Cienc Saude*. 2014;15(2):249-259.

SILVA, J; ARAÚJO, M. **Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir da leitura de gênero**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 4, p. 19-24, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/9900>> Acesso em 07 dez.2022.

SILVA, M. M., CASTRO, P. M., THEISEN, C., FREITAS, H. M. B. & COLOMÉ, J. S. **Problemática do aborto em Santa Maria, Rio Grande do Sul: dados epidemiológicos**. *Discip Sci, Cienc Saude*. (2014). 15(2):249-259. <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1086/1030>

SINGH S, WULF D. **An Overview of Clandestine ABortion in Latin America**. 2016

SINGH, S.; WULF D. **An overview of clandestine abortion in Latin. America [Internet]**. **New York: The Alan Guttmacher Institute**; 1996 [cited 2009 Apr 14]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.pdf>

SOUZA, J. C.; AGAPITO, N. C.; SANTOS, C. R. F.; PEREIRA, N. R.; AGUIAR, J. O.; ESPÍRITO-SANTO, L. R.; D'ANGELIS, C. E. M. & PRINCE, K. A. **Perfil das internações por aborto em Montes Claros – MG**. *Revista Multidisciplinar das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros*. (2015). 13(21). https://assets.unifipmoc.edu.br/arquivos/old/fipmoc2/images/documentos/simfip/2015/ANAI_S_SIMFIP_2015.pdf

VIANA, A. P.; LOURENÇÃO, G. V. **Aborto**. S.l Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/aborto/>. 2016. Acesso em: 26 outubro 2022.

VIEIRA, E. M. A. **A questão do aborto no Brasil**. **Ribeirão Preto (SP)**; 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Mykz5cBDgst5vCbNNfDTjcC/?lang=pt>. Acesso em: 26 outubro 2022.

WHO. **Preventing unsafe abortion [Internet]**. **World Health Organisation**. 2016 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

WHO. **Preventing unsafe abortion**. **World Health Organization** (2020, set 25). (2020). [Página da web]. Recuperado em 26 outubro 2022., de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

WOLFFERS, I; HARDON I; JANSSEN J. O. **Marketing da fertilidade: menstruação, aborto, indústria farmacêutica**. São Paulo: Hucitec; 1991. (**Saúde em Debate**).

ZUGAIB M. **Obstetrícia**. v. 1. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008. 1248 p.