

O aborto inseguro é um problema de saúde pública

Unsafe abortion is a public health problem

Cristina Mendes Gigliotti Borsari¹
Roseli Mieko Yamamoto Nomura²
Gláucia Guerra Benute³
Danielle Nonnenmacher¹
Mara Cristina Souza de Lucia⁴
Rossana Pulcineli Vieira Francisco²

Palavras-chave

Aborto
Aborto induzido
Saúde pública

Keywords

Abortion
Abortion, induced
Public health

Resumo

A prática do aborto provocado, ou também denominado intencional, sempre esteve presente na humanidade. Pode-se dizer que essa prática é tão antiga quanto a existência humana. No Brasil, o aborto inseguro é considerado um problema de saúde pública, pois representa a quarta causa de morte materna. Muitas vezes o aborto provocado é visto apenas como um problema médico, e os aspectos psicológicos e sociais são negligenciados. Esta revisão teve como objetivo analisar as pesquisas que abordam o aborto provocado ou inseguro no Brasil. Este estudo trata de revisão da literatura, exploratória e retrospectiva, utilizando o tema aborto provocado. As estatísticas de aborto inseguro no Brasil e no mundo apresentam semelhanças no que se refere a uma grande diminuição do número de abortos provocados nas últimas décadas. Entretanto, o aborto provocado, pela sua ilegalidade e pelas condições inseguras em que são realizados, constitui uma questão de saúde pública neste país.

Abstract

The practice of induced abortion, or also called intentional, was always present in the humanity. We can say that this practice is as old as human existence. In Brazil, abortion is considered a public health problem because it represents the fourth leading cause of maternal death. Often abortion is seen as only a medical problem, and the psychological and social aspects are neglected. This review aimed to analyze the researches that approach the unsafe abortion in Brazil. This study deals the literature review, exploratory and retrospective studies, using the unsafe abortion issue. The statistics of unsafe abortion in Brazil and around the world have similarities with regard to a large decrease in the number of induced abortions in recent decades. However, induced abortion, by its illegality and the unsafe conditions in which they are made, constitutes a public health issue in this country.

¹ Aluna de pós-graduação do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

² Livre-Docente; Professora Associada do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutora do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP e da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Doutora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Roseli Mieko Yamamoto Nomura – Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, 10º andar, sala 10.037 – Santa Cecília – CEP 05403-000 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: roseli.nomura@hotmail.com.br

Introdução

A prática do aborto provocado, ou também denominado intencional, sempre esteve presente na humanidade. Pode-se dizer que essa prática é tão antiga quanto a existência humana. O aborto é tema complexo e bastante estigmatizado pela sociedade. No entanto, suas concepções são diferentes e tornam impossíveis afirmações gerais e conclusivas. O que se identifica, ao longo da história, é que as motivações que levam as mulheres a abortar variam de acordo com a sociedade e a cultura. O aborto nem sempre foi considerado um fato criminoso e somente com o decorrer do tempo é que a prática do aborto sofreu restrições e foi legitimada.

O aborto provocado é alvo de críticas, discussões e julgamentos, principalmente no que se refere aos aspectos legais, bioéticos e religiosos envolvidos^{1,2} (C, A). No Brasil, o aborto é considerado um problema de saúde pública, pois representa a quarta causa de morte materna³⁻⁶ (D, D, B, C). A mulher que provoca o aborto não é bem vista pela sociedade, uma vez que a maternidade, cultural e historicamente, lhe foi imposta como destino⁷ (B). Muitas vezes o aborto provocado é visto apenas como um problema médico, ficando os aspectos psicológicos e sociais implicados nessa dinâmica em segundo plano. Coloca-se o aborto provocado como uma decisão egoísta da mulher que desafia a sociedade cujos códigos legais e morais procuram fazer com que ela conserve a gestação de qualquer forma.

É conhecido o sub-relato de casos de aborto induzido no nosso país, o que dificulta a realização de pesquisas nesse tema. Em pesquisa de Olinto e Moreira-Filho⁸, a combinação de metodologias permitiu traçar o perfil das mulheres em risco de submeterem-se ao aborto, indicando que as características reprodutivas e o estado conjugal foram os maiores preditores. Apesar de o aborto ser realizado independente das características socioeconômicas da mulher, sabe-se que aquelas pertencentes a classes sociais menos favorecidas estarão invariavelmente expostas a procedimentos inseguros. Esta revisão teve como objetivo analisar as pesquisas que abordam o aborto provocado no Brasil.

Metodologia

Este estudo trata de revisão da literatura, exploratória e retrospectiva. Para tanto, realizou-se busca nos bancos de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (Medline)/*Public Medline* (Pubmed), Literatura Latino-Americana e do Caribe e Ciências da Saúde (Lilacs)/*Scientific Electronic Library* (SciELO), por artigos nacionais, internacionais e melhores evi-

dências científicas disponíveis, as quais foram classificadas de acordo com grau de recomendação. Utilizaram-se os seguintes descritores na língua portuguesa e inglesa: aborto inseguro, aborto provocado, saúde pública, saúde da mulher. A busca foi realizada entre os meses de janeiro a setembro de 2011. A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Todos os artigos sobre aborto inseguro foram incluídos, não havendo critério de exclusão quanto ao desenho do estudo, tendo em vista uma revisão abrangente sobre o tema. Foram encontradas 48 referências e outras por meio de consulta às citações encontradas; porém, foram selecionadas, para compor a presente revisão, apenas 26 referências, que contemplavam o tema proposto e que foram publicadas nos últimos 10 anos. Além dessas referências, foram utilizados dois livros e duas teses, por tratarem de maneira singular sobre o tema proposto. Também foram pesquisados os sites da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde e da Organização Não Governamental – Ações Afirmativas em Direitos da Saúde (AADS-IPAS/Brasil).

Discussão

Contextualização histórica

O primeiro relato sobre aborto diz respeito a uma receita de abortífero oral, descrito pelo imperador chinês, Shen Ning, entre 2737 a.C. e 2696 a.C. Assim, o aborto provocado já era referenciado nos arquivos reais da China. Enquanto que, no Egito, em 1550 a.C., o código de Hamurabi já previa punições a quem praticasse o aborto, e, desde a Grécia antiga, com a utilização de ervas abortivas, o tema tem sido objeto de considerações e polêmicas⁹ (D). Na Grécia, o aborto era realizado como forma de limitar o crescimento populacional. Os filósofos, como Aristóteles, preconizavam o procedimento como método eficaz para limitar o nascimento, Platão recomendava o aborto a toda mulher que engravidasse com mais de 40 anos, enquanto Sócrates recomendava às parceiras que facilitassem o aborto para as mulheres que assim o desejassem. Na Roma antiga, a prática do aborto também era comum, e tinha como objetivo o controle da natalidade nas cidades; porém, o grau de recriminação variou de acordo com a época¹⁰ (B). Nesse contexto, observa-se o aborto como uma forma de controle populacional.

Os povos hebreus, celtas e os primeiros germânicos permitiam que as mulheres tivessem certo controle sobre a fertilidade. As mulheres realizavam o aborto com a ajuda das parceiras. Segundo Benute⁷ (B), embora essas mulheres fossem subordinadas aos

homens e tivessem sua valorização pessoal atrelada à sua capacidade reprodutiva, tinham autonomia de decisão.

Com o advento do Cristianismo, o aborto passou a ser definitivamente condenado pela sociedade, com base no mandamento “não matarás”. Os imperadores cristãos Adriano, Constantino e Teodósio reformaram o Direito Romano, associando o aborto ao homicídio¹¹ (D).

De acordo com Galeotti¹² (D), a Revolução Francesa no século XVIII, promove um marco divisório na história do aborto, pois se passou a privilegiar o feto como um futuro trabalhador e soldado. Anteriormente, o feto era considerado somente um apêndice do corpo da mãe, e o aborto uma questão única da mulher porque somente ela poderia testemunhar sua gravidez.

Foi no século XIX que o aborto provocado assumiu dimensões preocupantes, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, o que levou a comunidade científica da época a adotar leis restritivas ao aborto inseguro. Foi também nessa época que a Igreja Católica adotou a posição, que mantém até hoje, de condenar o aborto. No século XX, a União Soviética devido à sua economia emergente, legalizou o aborto em 1920, para dar garantia à saúde das trabalhadoras. Na França ocorreu o contrário, com a queda populacional provocada pela Primeira Guerra Mundial, o país passou a proibir o aborto, sendo esse considerado crime contra a nação e sua proibição se manteve até a década de 1960¹² (D).

Nos países escandinavos (Dinamarca, Islândia e Suécia), o aborto foi legalizado devido a uma forte tradição protestante luterana. No Japão, o aborto foi liberado no pós-guerra, como forma de controle da natalidade, tendo em vista a grave crise econômica que enfrentou nesse período. A partir da década de 1960, com a revolução sexual e a nova posição da mulher na sociedade moderna, verificou-se uma tendência mundial para liberalização do aborto. Entre esses países, destacam-se os Estados Unidos, que legalizaram o aborto na maioria de seus estados, após o caso *Roe vs. Wade*, julgado na Suprema Corte Americana. Jane Roe (nome fictício de Norma McCorvey), uma jovem de 20 anos, lutou pelo direito de abortar no Texas, EUA, onde o aborto era considerado crime. Após esse caso, a Suprema Corte Americana chegou à conclusão de que leis contra o aborto violam o direito constitucional à privacidade¹³ (D).

Portanto, entende-se que em vários países e em determinados momentos, o aborto era utilizado como método contraceptivo e sua prática relacionada com as questões culturais dos grupos sociais, sofrendo forte influência política e religiosa. Essas questões perpassam o tempo e se mantêm nas discussões acerca dessa temática na atualidade.

O aborto no Brasil

No Brasil, o aborto provocado tem sua prática descrita desde a época da colonização, em que as indígenas praticavam o aborto pela falta de apoio dos maridos, pois sofriam com a dissolução de suas famílias, e os índios fugiam das missões jesuítas por condições de miséria e violência. As práticas abortivas no Brasil colonial variavam desde chás até a introdução de objetos cortantes; práticas essas orientadas, na maioria das vezes, por parteiras e benzedadeiras. Era comum ocorrer a morte dessas mulheres. De acordo com Del Priore¹⁴ (D), “ao tentar livrar-se do fruto indesejado, as mães acabavam por matar-se. O consumo de chás e poções abortivas acabava por envenená-las.”

Por muito tempo o aborto no Brasil foi considerado desregramento moral, e, devido à sua crescente incidência, surgiu a necessidade de legislação que vedasse tal prática. Somente na década de 1970, com a realização de estudos acadêmicos em saúde pública, o aborto passou a ser problematizado como fato social e não mais como desvio moral. São revelados dados indicando a alta incidência do aborto, a sua prática clandestina e a relação com a pobreza.

A magnitude do aborto inseguro

Quantificar o número de abortos inseguros e/ou provocados que ocorrem por ano, no Brasil e no mundo, é tarefa árdua. São poucos os países que dispõem de dados confiáveis; além disso, a prática do aborto não é legalizada em alguns países, como no Brasil. Então, o dimensionamento fica prejudicado¹⁵ (D). No estudo de Henshaw et al.¹⁶ (B), é realizada uma das análises mais abrangentes sobre a incidência de aborto no mundo, e somente 28 países são considerados com dados completos.

Contudo, estima-se que aproximadamente 50 milhões de abortos inseguros ocorram anualmente no mundo, sendo 25% desses com complicações graves para a saúde da mulher; também, cerca de 66.500 mulheres morrem por consequências do aborto inseguro^{6,17} (B, D).

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹⁷ (D), a cada 1.000 mulheres em idade fértil (15 aos 44 anos), 29 induziram o aborto em algum momento da vida. Aproximadamente 1/3 das 205 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo anualmente são indesejadas e 20% acabam em aborto provocado. A deficiência de dados sobre aborto é compreensível em países onde o aborto é ilegal, pois o registro pode levar a consequências graves, tanto para as mulheres que o praticam, quanto para a pessoa que realizou o procedimento. Assim, as estatísticas se baseiam principalmente no número de mulheres atendidas em hospitais públicos; no entanto, esses números podem ser maiores.

Em estudo sobre a magnitude do aborto no Brasil, realizado em 2007, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Organização Não Governamental (ONG) – Ações Afirmativas em Direitos e Saúde – Ipas Brasil (AADS/Ipas Brasil)¹⁵ (D), estimou-se que 1.054.243 abortos foram induzidos em 2005. As fontes de dados para o cálculo da estimativa foram as internações por aborto registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Ao número total de internações foi aplicado um multiplicador baseado na hipótese de que 20% das mulheres que provocam aborto são hospitalizadas. A grande maioria dos abortos provocados ocorre no Nordeste e Sudeste do País, com estimativa de taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

Para o mundo, de forma geral, a taxa de aborto induzido é de aproximadamente 35 por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos¹⁷ (D). Em outras palavras significa que, a cada ano, 1 em cada 28 mulheres dentro desse intervalo etário tem experiência de aborto inseguro no mundo. Os países desenvolvidos têm mais de 20% da população mundial, mas somente 5% dos abortos provocados. Isso ocorre porque os abortos nos países desenvolvidos são, na sua maioria, legais e seguros, enquanto que nos países em desenvolvimento, a maioria dos abortos é ilegal e inseguro.

Em estudo de Jones e Kavanaugh¹⁸ (B), membro do Instituto Alan Guttmacher, a taxa de aborto nos Estados Unidos caiu 8% entre os anos de 2000 e 2008: de 21,3 abortos por 1.000 mulheres, com idades entre 15 e 44 anos, para 19,6 por 1.000 mulheres. Uma notável exceção foi em relação às mulheres de baixa renda, e esse grupo corresponde a 43% dos abortos em 2008, cuja taxa de aborto aumentou em 18% entre os anos 2000 e 2008.

O aborto inseguro é causa importante de mortalidade materna^{17,19,20} (D) e coloca em risco principalmente as mulheres dos países em desenvolvimento, onde o aborto é restrito pela lei, e nos países onde, apesar de legalmente permitido, o aborto seguro não é de fácil acesso⁶ (B).

Estima-se que 13% de todas as mortes maternas no mundo sejam decorrentes do aborto inseguro, e os maiores percentuais são encontrados na América Latina (17%) e Sudeste da Ásia (19%)²¹ (B). O tema da mortalidade materna esteve na pauta permanente de debates em saúde reprodutiva desde o início da década de 1990. Os periódicos de Ginecologia e Obstetrícia, as dissertações e as teses acadêmicas ofereceram um mapa nacional da magnitude da morte materna no Brasil. Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e quarta causa de mortalidade materna em várias capitais brasileiras.

Interface entre saúde pública e aborto inseguro

Faltam, no Brasil, estudos epidemiológicos sobre aborto inseguro, clandestino, principalmente em populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais o peso do aborto é maior nas taxas de morbimortalidade materna, e onde mais se faz clara a necessidade de trabalhar a questão do planejamento familiar preventivo¹ (B).

No Brasil, estudo de Souza et al.²² (B), com 20 mulheres em situação de mortalidade *near miss* (quase óbito), com complicações de saúde potencialmente fatais, mostra que o antecedente de aborto esteve associado em 40% dos casos. O estudo não identifica o método de aborto utilizado por essas mulheres, mas manteve acesa a vigilância dos riscos à saúde envolvidos no aborto provocado.

A mortalidade e a morbidade maternas relacionadas ao aborto provocado e inseguro dependem do acesso a métodos de menor risco para a interrupção da gestação⁶ (C). As taxas de morbidade e hospitalização por aborto provocado têm diminuído desde os anos de 1990 em resposta ao uso de formas mais seguras de se realizar o aborto²¹ (B). Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) revelam que ocorreram 223.350 internações pós-aborto no Brasil em 2006. O mais recente painel de indicadores do SUS sobre o tema da Saúde da Mulher, no que se refere ao seu adoecimento e morte, aponta que em 2006 “mais de 2 milhões de mulheres de 10–49 anos de idade foram internadas nos hospitais do SUS. Destas, 233 mil em decorrência de aborto e 120 mil por causas violentas”. O aborto, no mesmo ano, é a terceira maior causa de internação entre esse segmento populacional, sendo que, no ano anterior, 1.619 mulheres de 10 a 49 anos de idade morreram por problemas relacionados a gravidez, parto, puerpério e aborto²³ (D). No nosso país, o número de mulheres tratadas em hospitais públicos devido a complicações por aborto decaiu em 28% nos últimos 13 anos. Essa redução se deve, não só à diminuição da taxa de natalidade, mas também ao aumento do uso do misoprostol, substituindo métodos mais invasivos, contribuindo para a redução das complicações^{3,6,17,24} (D, C, D, B).

Observa-se crescimento na quantidade de estudos sobre aborto e adolescência nos anos 2000, possível reflexo da emergência das pesquisas sobre reprodução e sexualidade nesse grupo etário. Os estudos com adolescentes ampliam o recorte etário inferior das pesquisas tradicionais, incluindo meninas entre 10 e 14 anos. Há concentração da experiência de aborto provocado entre as adolescentes mais velhas, no segmento de 17 a 19 anos⁴.

O aborto na adolescência ocorre entre 7 e 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva. A maior

parte dos abortos na adolescência está no segmento de 17 a 19 anos, ou seja, entre as adolescentes mais velhas^{4,25} (D, D). Estudo de Gama et al.²⁶ (B), com adolescentes puérperas, indica que entre 12,7 e 40% delas tentam o aborto antes de dar prosseguimento à gestação. Estudos qualitativos de Chalem et al.²⁷ (B), sugerem que 73% das jovens entre 18–24 anos cogitam a possibilidade do aborto antes de optar por manter a gravidez.

No mundo, estimativas das taxas de aborto inseguro por região mostram que a incidência mais alta por grupos de 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos de idade é observada na América Latina (26/1.000), seguida da África (22/1.000) e Ásia (11/1.000). Considerando-se as regiões dentro de cada continente, a taxa mais alta é encontrada na América do Sul (30/1.000), seguida da África Oriental (29/1.000), África Ocidental (24/1.000) e região Centro-Sul da Ásia (20/1.000). A taxa de aborto inseguro nas regiões mais desenvolvidas é de 2/1.000²⁸ (B).

A experiência do aborto também pode variar em função da etnia e da cultura. De acordo com Gamble et al.²⁹ (D), a taxa de aborto para mulheres negras é de 3,1 vezes maior do que a taxa para mulheres brancas, enquanto que a taxa de aborto para mulheres de outras etnias, como asiáticas, indianas ou do Alasca, são 2,0 vezes maiores do que as mulheres brancas. Assim, na América Latina, ocorrem cerca de 4,1 milhões de abortos, e a cada 1.000 mulheres em idade fértil, 31 abortaram. No Brasil, estima-se que ocorram, anualmente, mais de um milhão de abortos, a maioria realizada por mulheres na faixa etária de 20–29 anos, que trabalham e têm pelo menos um filho vivo, usam métodos contraceptivos, são da religião católica e mantêm

relacionamentos estáveis. Essas mulheres possuem renda de até três salários mínimos e até oito anos de escolaridade²⁵ (D).

Ainda, de acordo com Diniz e Medeiros³⁰ (B), em estudo realizado pela Universidade de Brasília em parceria com o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS), foram apresentados os primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Aborto. Essa pesquisa revela que, nas áreas urbanas do Brasil, mais de 1 a cada 5 mulheres na faixa etária de 18–29 anos já realizou um aborto. A maioria delas possui baixa escolaridade, metade fez uso de medicação para indução do aborto e também recorreu à hospitalização.

Considerações Finais

Percebe-se que as estatísticas de aborto inseguro, no Brasil e no mundo, apresentam semelhanças no que se refere a uma grande diminuição do número de abortos induzidos e ou provocados nas últimas décadas, o que se corrobora com a diminuição das taxas de natalidade mundiais, ao acesso às informações e aos métodos contraceptivos, bem como o uso de novos medicamentos, a assistência médica especializada e a humanização da saúde pública. Contudo, observa-se que nos países em desenvolvimento e nos países em que o aborto é ilegal, devido às condições inseguras em que são realizados, ainda encontram-se números grandiosos e índices altos de mortalidade materna. O aborto provocado é, sem dúvidas, uma questão de saúde pública para o Brasil, e, além disso, torna-se relevante questão social e econômica para mundo.

Leituras suplementares

- Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):78-88.
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *American Psychologist.* 2009;64(9):863-90.
- Faundes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi; 2004. p. 63-90.
- Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):1993.
- Majlessi F, Forooshani AR, Shariat M. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. *East Mediterr Health J.* 2008;14(1):103-9.
- Silva DFO, Bedone AJ, Faundes A, Fernandes AMS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010;10(4):441-7.
- Benute GRG. Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
- Olinto MT, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(2):365-75.
- Teodoro FLM. Aborto eugênico: delito qualificado pelo preconceito ou discriminação. Curitiba: Editora Juruá; 2007. p. 61-73.
- Santos EP. Repercussões psíquicas do abortamento em mulheres atendidas em um hospital de referência na cidade do Recife: estudo qualitativo [dissertation]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil; 2009.
- Schor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 1994;4(2):7-12.
- Galeotti G. História do aborto. Lisboa: Edições 70; 2007.
- Vinhas W. O aborto na história. 2005 [cited 2011 Jan 25]. Available from: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2005/10/332888.shtml>
- Del Priore M. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993.
- Adesse L, Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais [cited 2011 Sep 12]. Available from: <http://www.ipas.org.br>
- Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Persp.* 1999;25(Suppl):S30-8.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associate mortality in 2003. 5a ed. Genebra, Suíça; 2007.
- Jones RK, Kavanaugh ML. Changes in abortion rates between 2000 and 2008 and lifetime incidence of abortion. *Obstet Gynecol.* 2011;117(6):1358-66.
- Adesse L. A importância da norma técnica para atenção humanizada ao abortamento. *Rev Saúde Sexual Reprod.* 2005 [cited 2011 Sep 12]. Available from: <http://www.aads.org.br/revista/maio05.html#um>
- Diniz D, Correa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(4):939-42.

21. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Friday E. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-19.
22. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, de Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):255-64.
23. Brasil. Ministério da Saúde (2007). Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher [cited 2010 Nov 21]. Available from: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf
24. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra – ES. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):615-24.
25. AADS/IPAS Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. *Rev Saúde Sexual Reprod*. Julho 2007 [cited 2010 Nov 21]. Available from: <http://www.aads.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.PDF>
26. Gama SG, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(1):153-61.
27. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):177-86.
28. Ahman E, Shah I. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. *Reprod Health Matters*. 2002;10(19):13-7.
28. Gamble SB, Strauss LT, Parker WY, Cook DA, Zane SB, Hamdan S; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Abortion surveillance--United States, 2005. *MMWR Surveill Summ*. 2008;57(13):1-32.
30. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 1):959-66.