

PROBLEMÁTICA DO ABORTO EM SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS¹

*THE PROBLEM OF ABORTION IN SANTA MARIA,
RIO GRANDE DO SUL: EPIDEMIOLOGICAL DATA*

**Mariana Moura da Silva², Priscila Mattos de Castro², Cristine Theisen³,
Hilda Maria Barbosa de Freitas⁴ e Juliana Silveira Colomé⁴**

RESUMO

O aborto situa-se como um grave problema de saúde pública, delatado nos índices de morte obstétrica decorrentes de abortamentos clandestinos. No estudo, o objetivo foi conhecer a problemática do aborto provocado, a partir dos dados obtidos em fontes documentais sobre a realidade, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi uma pesquisa quantitativa documental, com análise estatística simples. A coleta dos dados ocorreu pelo Sistema DATASUS, de junho a agosto de 2013. Os dados foram apresentados por meio de gráficos, no período de 2009 a 2012. Constatou-se então uma situação de subnotificação dos casos de aborto provocado e dos óbitos maternos resultantes, associada aquela à condição brasileira de ilegalidade do abortamento. Demonstra-se a dificuldade de apreensão da magnitude do abortamento induzido no Brasil, mesmo que as estatísticas já indiquem uma realidade preocupante.

Palavras-chave: saúde pública, saúde da mulher, aborto provocado.

ABSTRACT

Abortion stands as a serious public health problem, denounced in the rates of obstetric death resulting from illegal practice. In this study, the objective is to understand the issue of abortion, from the data obtained in documentary sources on current practice, in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. It was a quantitative documentary research, with a statistical analysis. The data collection was made with the DATASUS system, from June to August 2013. The data were presented by means of graphs, from 2009 to 2012. It was found out then an underreporting situation of cases of abortion and maternal deaths, which may be associated to the illegal condition of abortion in Brazil. The analysis demonstrates the difficulty of grasping the magnitude of induced abortion in Brazil, even if the statistics already indicate a worrying reality.

Keywords: public health, women's health, abortion.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - Pro/PET-Saúde.

² Acadêmicas do Curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano.

³ Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.

⁴ Docentes do Curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, como aborto inseguro, a interrupção da gravidez realizada por um indivíduo sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não esteja de acordo com padrões médicos mínimos, ou quando as duas situações estão presentes (OMS, 2013).

O abortamento é crime tipificado pelo Código Penal brasileiro, com exceção das situações previstas pelos incisos I e II do artigo 128, que estabelecem o direito de interrupção de gravidez decorrente de estupro - abortamento sentimental – ou quando há risco de morte para a gestante. O aborto induzido é frequente no Brasil; as estimativas indicam que são realizados 728.100 a 1.039.000 a cada ano no país. Embora se verifique decréscimo desses números na última década, a taxa atual de 3,7 abortamentos por 100 mulheres, em idade reprodutiva, ainda é, muitas vezes, superior aos valores observados nos países da Europa Ocidental, onde o abortamento é legal, seguro e acessível (BRASIL, 2008).

Sabe-se que um aborto é um evento extremamente traumático na vida de uma mulher, e a deixa vulnerável a uma série de riscos. Por essas razões, é preocupante o número de casos que subsiste entre as mulheres. O abortamento se destaca como um grave problema, apontado nos índices de morte obstétrica, decorrentes dos clandestinos e do impacto disso na população.

Segundo Santos, Andreoni e Silva (2012), o Ministério da Saúde traz o dado de o aborto provocado ser a quarta causa de morte materna no Brasil. A hemorragia uterina classifica-se como a terceira, seguindo a ideia de que tais hemorragias se deem devido ao abortamento provocado. Em vista disso, evidencia-se, além do impacto social, também o impacto econômico no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Pública em geral. Ressalta-se que o valor médio de uma internação via SUS, no Rio Grande do Sul, por exemplo, tem uma média de custo de R\$ 1.314,24 reais (BRASIL, 2012).

Os dados apresentados em relatório oficial do governo e relatórios alternativos – de entidades feministas, organizações não governamentais, entre outros - declaram uma situação alarmante: no Brasil ocorrem, anualmente, 1.800 casos de morte materna, dos quais 11,4% ocorrem em consequência do aborto inseguro. Por isso, muitas mulheres acabam sendo vítimas deste descaso (COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO, 2012).

Em um relatório publicado sobre a temática, há uma projeção dos altos custos do atendimento precário às mulheres em situação de abortamento no SUS. Quando o assunto refere-se ao modo como a saúde pública é conduzida em nosso país, isso representa uma defasagem nacional na saúde da população (COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO, 2012).

Em resposta a essa e outras problemáticas do sistema de saúde, o princípio de integralidade do SUS diz respeito a ações que atendam à promoção, prevenção e recuperação da saúde por meio da integração entre os serviços, políticas e ações oferecidas para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades de saúde (TEIXEIRA, 2011). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde vem trabalhando a fim de ampliar o acesso à atenção nos casos de abortamento, promovendo o

desenvolvimento de uma atuação qualificada, humanizada e desprovida de julgamentos morais. Tais propostas atentam ao compromisso com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e sinalizam diretrizes que buscam assegurar uma saúde pública fiel a seus preceitos de universalidade e integralidade (BRASIL, 2011a).

Além do já exposto, a escassez de dados na localidade de Santa Maria contribuiu para suscitar interesse pela pesquisa, levando em conta a relevância e amplitude da questão tratada. Santa Maria possui uma população aproximada de 261.031 habitantes, sendo 163.855 mulheres e destas, 80.160 em idade fértil. Os dados censitários citados mostram a prevalência de mulheres em idade fértil e delatam a carência de pesquisas relativas a abortos (IBGE, 2012).

Este estudo emergiu a partir dos programas Pro/PET-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), lançados pelo Ministério da Saúde a partir do panorama das mudanças transcorridas no trabalho em saúde, na educação e no sistema de saúde brasileiro. Apresentam esses, como objetivo central, a integração do ensino-serviço-comunidade, tendo em vista a reorientação da formação acadêmica e do exercício profissional na rede de atenção integral à saúde. O projeto divide-se em várias subequipes, dedicadas ao desenvolvimento de diferentes temáticas de interesse na Área da Saúde.

Diante do contexto apresentado, questiona-se: por que razão o número de abortos provocados é ainda elevado e que motivos levam as mulheres ao abortamento? No presente trabalho, o objetivo foi conhecer a problemática do aborto provocado, a partir dos dados obtidos em fontes documentais sobre a realidade, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

METODOLOGIA

Foi uma pesquisa do tipo documental, quantitativa, exploratório-descritiva retrospectiva. O início deu-se após a aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano sob CAAE 12097912.5.0000.5306.

A pesquisa documental configura-se em um tipo de estudo que vem a fornecer grande riqueza de dados que proporcionam ampliar o entendimento (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Conforme Cellard (2008), este tipo de pesquisa facilita a percepção de um processo de evolução do objeto a ser estudado, sendo individual ou coletivo e de diversas naturezas; possibilita acompanhar seus conhecimentos, pensamentos, comportamentos e ações.

A fonte dos dados foi o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), responsável por disponibilizar informações que podem ser utilizadas para subsidiar análises objetivas e planejar ações em saúde (BRASIL, 2012). A forma de utilização do sistema DATASUS definiu-se pelo acesso ao link morbidade hospitalar por local de internação, com a verificação dos itens “aborto espontâneo” e “outras gravidezes que terminam em aborto” - lembrando que não consta um dado específico sobre aborto provocado.

A coleta dos dados aconteceu no período de junho a agosto de 2013. Estes foram obtidos em uma população de mulheres com faixa etária de 15-19 anos de idade, de 20-29 anos de idade, de 30-39 anos e 40-49 anos de idade, no município de Santa Maria.

Após sua catalogação, os dados foram analisados por meio de análise estatística simples através do programa Bioestat. Como resultado houve a obtenção de dois gráficos demonstrativos. O Bio-Estat é um programa de análise estatística disponível de forma gratuita para estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e professores, voltado sobretudo para as áreas das ciências biológicas e médicas. A licença de uso deste programa também é gratuita, sendo permitida a instalação em vários computadores (IDSM, 2007).

RESULTADOS

A partir da coleta de dados, foi possível construir dois gráficos representativos divididos de acordo com o número de casos, a faixa etária e o ano pesquisado.

Na figura 1, no gráfico, apresentam-se os dados referentes ao “aborto espontâneo”, cujo número total de notificações somente no ano de 2009 foi de 93. Na faixa etária de 15-19 anos, foram registradas 11 ocorrências, enquanto, na de 20-29 anos, ocorreram 49 abortamentos. Entre 30-39 anos, os dados apontam 26 registros de aborto espontâneo, ao passo que apenas sete foram contabilizados na faixa etária dos 40-49 anos.

No ano de 2010, percebe-se um aumento sensível nos números registrados no DATASUS, atingindo um total de 109 ocorrências. Na faixa etária mais jovem, de 15-19 anos, os números de 2009 se mantêm os mesmos, entretanto a faixa de 20-29 anos alcançou 55 abortamentos. Ainda neste ano, a faixa etária de 30-39 anos apresentou 34 abortos e a faixa de 40-49 anos de idade apresenta 9 ocorrências.

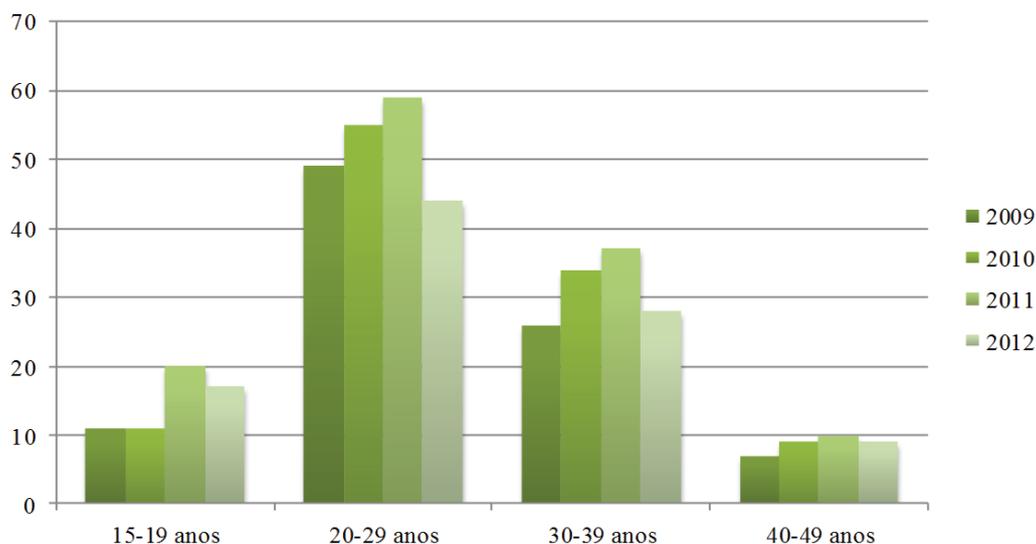


Figura 1 - Morbidade Hospitalar identificada em uma população de mulheres com faixa etária de 15-19 anos de idade, de 20-29 anos de idade, de 30-39 anos e 40-49 anos de idade, no município de Santa Maria, com a verificação do “aborto espontâneo”, entre os anos de 2009 e 2012 (BRASIL, 2012).

Uma ampliação geral dos casos correspondente a todas as faixas etárias pôde ser verificada em 2011, que contemplou um total de 126 abortos. O acréscimo mais significativo se deu na da faixa dos 15-19 anos de idade, a qual registrou 20 abortamentos. Nas mulheres entre 20-29 anos ocorreram 59 abortamentos, naquelas com 30-39 anos foram computadas 37 notificações e na faixa dos 40-49 anos, documentou-se uma soma de 10 notificações.

No último ano abordado pela pesquisa, apreende-se um decréscimo importante no conjunto de abortos computados no sistema - um montante de 98 ocorrências. A faixa etária dos 15-19 anos apresentou 17 registros, ao lado da dos 20-29 anos que apresentou a redução mais expressiva (sem deixar de ser a faixa com o maior número de casos) - indo para 44 notificações. A segunda queda mais importante mostrou-se entre os 30-39 anos, decrescendo para 28 ocorrências, e finalmente, a faixa dos 40-49 anos indicou 9 abortamentos espontâneos.

O gráfico da figura 2 traz os dados encontrados no acesso ao link “Outras gravidezes que terminam em aborto”. Em relação aos números representados na figura 1, houve crescimento no número total de ocorrências, sendo em 2009 um total de 194 casos. Ainda neste ano, na faixa dos 15-19 anos foram computados 19 episódios, enquanto a faixa dos 20-29 anos se manteve com o número mais expressivo - 88 casos; as faixas dos 30-39 e 40-49 anos documentaram, respectivamente, 67 e 20 eventos.

Avançando para 2010, constata-se uma redução do número global de casos em relação ao ano anterior, porém mantém-se maior que o ano correspondente na figura 1, com um total de 177 eventos. Na faixa etária dos 15-19 anos foram encontrados 17 registros, no entanto a faixa de 20-29 anos apresentou 90 (maior que em 2009). As faixas de 30-39 e 40-49 anos apresentaram 56 e 14 casos notificados, sendo os decréscimos mais significativos nesse ano.

Em 2011, os números novamente demonstram uma queda em relação ao ano anterior, mostrando um total de 139 abortos notificados. A faixa etária dos 15-19 anos apresentou 13 episódios, enquanto a faixa dos 20-29 anos trouxe o número de 66 registros, sendo a redução mais expressiva deste ano. Na faixa dos 30-39 anos ocorreram 46 abortos ao passo que a dos 40-49 permaneceu com números idênticos aos encontrados em 2010.

Finalmente, em 2012 - contrariamente ao ocorrido no link “aborto espontâneo” no mesmo período - os dados tornam a crescer numericamente com um total de 170 casos registrados. Na faixa dos 15-19 anos foram computadas 17 ocorrências, enquanto a faixa dos 20-29 anos se manteve com os maiores números, porém não foi o maior crescimento, apresentando 71 ocorrências. Surpreendentemente, a faixa com maior crescimento foi a dos 30-39 anos, num total de 67 registros. Já a faixa dos 40-49 anos apresentou 15 casos nesse ano.

Observando os gráficos, foi possível apontar algumas observações relativas à faixa etária que, em ambas as figuras, mantêm os maiores índices – entre 20 e 29 anos de idade. Em contrapartida, constatou-se nos gráficos obtidos por meio do DATASUS que a faixa etária de 40-49 anos apresenta os menores índices de abortamento. Apesar disso, cabe uma comparação na figura 2 entre a faixa de

idade em questão, e a outra (Figura 1), que demonstrou números reduzidos (de 15-19 anos). Nesse sentido, pode-se visualizar que entre 40-49 anos obteve-se um índice superior no ano de 2009, e em 2011 apresentou-se uma leve alteração nesta faixa etária.

Ainda a respeito dos dados obtidos, observa-se que a taxa da faixa etária de 30-39 anos (Figura 2 - Outras gravidezes que terminam em aborto) se aproxima a da idade entre 20-29 anos no ano de 2012, podendo ser considerado um pico de incidência de abortamento. Por outro lado, ambas as faixas etárias encontram-se com taxas significativamente altas em relação às demais.

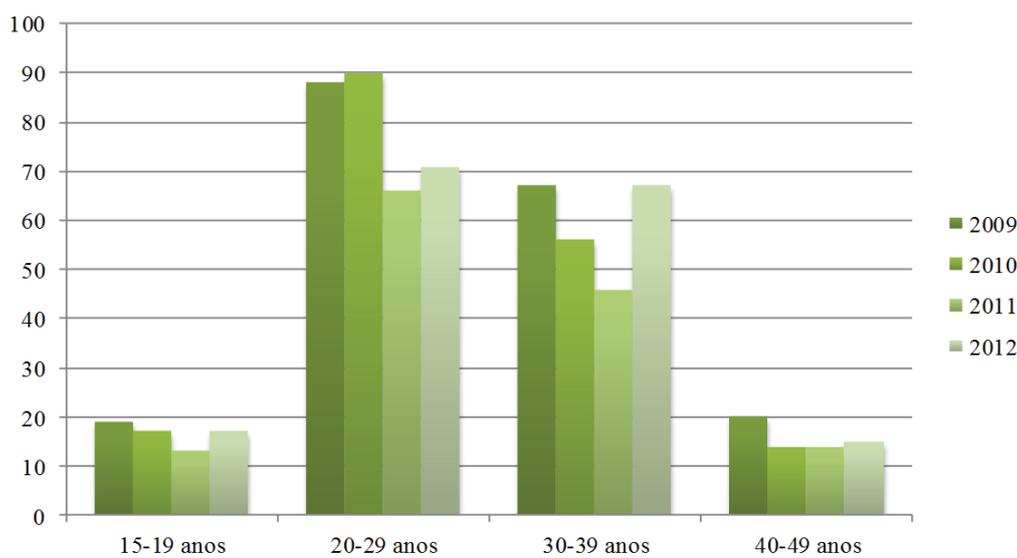


Figura 2 – Morbidade Hospitalar identificada em uma população de mulheres com faixa etária de 15-19 anos de idade, de 20-29 anos de idade, de 30-39 anos e 40-49 anos de idade, no município de Santa Maria, com a verificação de “outras gravidezes que terminam em aborto” entre os anos de 2009 e 2012 (BRASIL, 2012).

DISCUSSÃO

Em norma técnica, o Ministério da Saúde enfatiza que para um número significativo de mulheres a opção pelo aborto vem a ser uma consequência de não planejamento, falta de informação a respeito de métodos contraceptivos e dificuldades de acesso aos mesmos. Somam-se a estes fatores falhas no uso destes métodos e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. Por outro lado, existe um número considerável de mulheres que decide por induzir o abortamento em decorrência de uma gravidez fruto de violência sexual (BRASIL, 2011b).

Os motivos para decisão pelo aborto são bastante variados e dependem de variáveis como os fatores idade, situação conjugal e contexto social (MENEZES; AQUINO, 2009). A Organização Mundial da Saúde estima que mesmo sendo os métodos contraceptivos utilizados corretamente pelas mulheres sexualmente ativas, não obstante haveria seis milhões de gestações não planejadas por falha nos métodos utilizados (BRASIL, 2011b).

O aborto provocado é um tema sobre o qual as mulheres tendem a omitir a verdade, de modo que aspectos culturais, religiosos, legais e morais impedem-nas de emitir tais declarações. Desse modo,

configura-se uma situação de subnotificação dos casos de abortamento provocado e dos óbitos maternos dele resultantes (OMS, 2013). É notório que esta subnotificação está associada ao fato do aborto ser considerado uma prática criminosa de acordo com o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009).

Outro elemento importante no panorama nacional relacionado a esta realidade foi a introdução do misoprostol no contexto dos métodos abortivos, o que determinou uma redução nas chances de complicações e infecções decorrentes (BRASIL, 2009). Ao mesmo tempo, sabe-se que o uso de misoprostol na indução do aborto tem eficácia vinculada ao seu regime de administração e doses específicas. Contudo, já que o conhecimento de emprego deste medicamento não é amplamente difundido, estudos apontam que ele passou a ser utilizado para dar início ao aborto e levar as mulheres a recorrer à assistência de saúde nas horas seguintes em função de dor e sangramento (BRASIL, 2009).

Este contexto conduz a refletir de que modo tais casos são computados em sistemas oficiais como o DATASUS, de modo que obviamente não é possível efetuar um registro de aborto provocado. Coloca-se a possibilidade de sua inserção dentro dos casos que constam no sistema de informação em saúde, dentre eles os de aborto espontâneo – ilustrados no gráfico apresentado através da figura 1.

Observando a faixa etária com o maior número de casos, é possível inferir que os resultados apresentados podem corroborar com a pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde no ano de 2009. Nesse relatório, que sistematiza 20 anos de publicações sobre o tema no Brasil, é traçado um perfil das mulheres que optaram por abortar em grandes capitais brasileiras. “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.” (BRASIL, 2009, p. 14).

De outro lado, os dados obtidos nos gráficos referentes à faixa etária com menor incidência vêm ao encontro de estudos científicos que apresentam resultados segundo os quais o fator idade é inversamente proporcional à chance de ocorrência de aborto (SANTOS; ANDREONI; SILVA, 2012).

O gráfico representado na figura 2 traz dados de “Outras gravidezes que terminam em aborto”, a outra categoria que integra o DATASUS na contabilização das estatísticas de ocorrência de aborto. Neste, do mesmo modo que no primeiro gráfico, presume-se a possibilidade da inclusão de dados de abortamento provocado por meios inseguros, como a utilização de técnicas invasivas que podem vir a danificar órgãos internos, levando a internações e até mesmo a óbito.

Os métodos mais utilizados por mulheres para induzir o aborto são a inserção de preparos herbais na vagina, chás, pular de escadas e telhados, a introdução de paus, ossos de frango e agulhas de tricô, entre outros objetos de risco. De quatro mulheres que passaram por um aborto inseguro uma apresentará seqüelas permanentes ou temporais que precisam de acompanhamento especializado. Além disto, para cada mulher que procura atendimento hospitalar após um abortamento, existem inúmeras que se submeteram a ele, entretanto não buscaram assistência médica por diversos motivos - como o medo de uma sanção legal e a dificuldade de identificar complicações (OMS, 2013).

Devido ao fato do aborto ser considerado crime no Brasil, observa-se um ponto significativo e recorrente nas pesquisas sobre o tema tratado: a dificuldade de obtenção dos mesmos, lacunas que se fazem presentes - não somente no âmbito municipal, mas a nível nacional. Um extenso desafio para que seja possível estimar a magnitude do abortamento é a complexidade para o alcance de dados fidedignos. Inúmeras são as informações inexistentes nas pesquisas, como o aborto nas clínicas privadas, com leigas ou parteiras; a trajetória destas mulheres é praticamente desconhecida. Tampouco se tem conhecimento sobre a amplitude do uso do misoprostol, e sobre as mulheres que o utilizando abortam integralmente em casa (BRASIL, 2009).

Percebe-se também a escassez de estudos por região do país, tendo em vista que o Brasil contém diferenças socioculturais e econômicas gritantes. É necessário levar em consideração desigualdades regionais; essas informações, em conjunto, forneceriam subsídios diretos para o aprimoramento das políticas públicas e programas de saúde (ROCHA; BARBOSA, 2009). Além disso, o desenvolvimento de estudos epidemiológicos específicos para o município de Santa Maria possibilitaria identificar o perfil dessa população em idade fértil e estabelecer um monitoramento de estratégias locais (PADILHA et al., 2012).

Em relação às restrições legais referentes ao aborto, acrescenta-se que não existe redução de seu número total em países onde é considerado crime (BRASIL, 2006; DREZETT, 2005). Deste modo, a ilegalidade da prática do aborto no país não tem dado conta de restringir a sua ocorrência; tem, por outro lado, reafirmado as desigualdades sociais no Brasil. Independente de condições financeiras ou classe social, todas as mulheres encontram-se sob mesma situação aos olhos da lei, estando sujeitas às mesmas penalidades. Esta realidade faz com que, em sua totalidade, procurem práticas clandestinas para realização do aborto, tendo em vista que aquelas que apresentam melhores condições financeiras têm o privilégio de poder acessar a clínicas privadas – o que traz a garantia de menores chances de complicações. Já a maioria da população feminina, desprovida de recursos, fica submetida a práticas inseguras e precárias que envolvem sérios riscos (MENEZES; AQUINO, 2009).

Apesar das dificuldades de se obter dados realmente correspondentes à realidade das mulheres brasileiras, os estudos consistentes no debate brasileiro situam o aborto como um grave problema de saúde pública. Desta maneira, os avanços atingidos mostram-se ainda insuficientes; faz-se impreterível a concessão de destaque ao tema, de forma que sejam priorizadas e efetivadas as políticas públicas já em vigor (BRASIL, 2011a). Enfatiza-se a necessidade de um maior engajamento dos profissionais envolvidos com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, destacando a assistência humanizada e integral (STUMM et al., 2012).

Nos casos das mulheres em situação de abortamento, a qualidade desta atenção perpassa a manutenção de uma postura ética, desprovida de preconceitos e discriminações de quaisquer natureza (BRASIL, 2011). Para tanto, torna-se indispensável o comprometimento com a proteção e respeito aos direitos humanos, em busca de alcançar resultados positivos para a saúde das mulheres (OMS,

2013). Neste sentido, os profissionais de saúde são os responsáveis pelas orientações e cuidados voltados às demandas das mulheres, considerando-as conforme a sua singularidade e empoderando o cuidado com seu corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados no DATASUS suscitam questionamentos e demonstram a grande necessidade de seguir realizando pesquisas a respeito do tema, levando em conta todos os desafios aí implicados.

Percebeu-se a profunda necessidade de se conhecer mais a respeito desta realidade no Brasil, como por exemplo, por que razão o número de abortos provocados é ainda elevado e que motivos levam as mulheres ao abortamento? Assim, deixa-se aberto um viés para novas pesquisas na área.

Foi possível perceber a dificuldade de apreensão da magnitude do abortamento induzido no Brasil devido à subnotificação, bem como a dificuldade de se assegurar dados e conclusões fidedignos. Ainda, a falta de dados referente a localidade de Santa Maria, contribuiu para analisar o interesse pela pesquisa, levantando os dados abordados no artigo.

A condição de ilegalidade acarreta prejuízos para a saúde das mulheres, que recaem principalmente sobre aquelas que detêm poucos recursos financeiros. As lacunas evidenciadas no estudo não nos eximem de reconhecer que esse fenômeno precisa ser tratado com a devida seriedade, entendendo-o como uma questão de saúde e direitos humanos.

Sendo assim, faz-se urgente que a devida atenção seja conferida ao assunto. Nessa perspectiva, a articulação entre os diferentes atores envolvidos nas ações de saúde, entre as instituições formadoras e os serviços - através de programas como o Pro/PET-Saúde - ganha destaque na efetivação deste processo. O envolvimento tanto do Estado, como dos profissionais e cursos da saúde, assim como da sociedade em geral impõe-se como inadiável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Magnitude do Aborto no Brasil - Aspectos Epidemiológicos e Sócio-culturais**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de Emergência**: perguntas e respostas para profissionais da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Brasília: Departamento de Informática: **DATASUS, 2012**. Disponível em: <<http://bit.ly/1E6NTI6>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO. **Aborto e Saúde Pública**. 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1xdgwjC>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

DREZETT, J. **Painel de descriminalização do aborto**. Realizado em Brasília e promovido pela Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/13zZrCR>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**: resultados preliminares. São Paulo/Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jun. 2014

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL MAMIRAUÁ. **Bioestat**. Belém, Pará, Brasil, 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/15yQCum>>.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. **Pesquisa sobre o aborto no Brasil**: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Campinas: Núcleo de Estudos de População - Nepo/Unicamp, 2009. 284 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Uruguai: OMS, 2013.

PADILHA, J. F. et al. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, RS/2005-2009. **Revista Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p 79-87, 2012.

ROCHA, M. I. B.; BARBOSA, M. R. **Aborto no Brasil e países do Cone Sul panorama da situação e dos estudos acadêmicos**. Campinas: Núcleo de Estudos de População - Nepo/Unicamp, p. 112-222, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1vO9tN2>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

SANTOS, T. F.; ANDREONI, S.; SILVA, R. D-de S. E. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente. **Rev Brasil Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 123-133, mar. 2012.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 45-49, 2009.

STUMM, K. E.; SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Revista Enferm.**, UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 1, p 165-173, 2012.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/15yRrTU>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

