



CURSO DE MEDICINA

LUDMILA DUTRA PUGLIESE MOTTA

**ANÁLISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE MATERNA POR
ABORTAMENTO NAS REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2019**

SALVADOR

2022

Ludmila Dutra Pugliese Motta

**ANÁLISE COMPARATIVA DA MORTALIDADE MATERNA POR
ABORTAMENTO NAS REGIÕES DO BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2019**

Trabalho de conclusão de curso apresentado na graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no quarto ano do curso.

Orientador: David da Costa Nunes Junior

Salvador

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha família, os quais sempre foram os alicerces da minha vida e foram essenciais na minha trajetória. Ao meu pai que, apesar de todas as dificuldades, é meu herói e me fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente. Agradeço a minha mãe que sempre foi meu braço direito e meu apoio incondicional mesmo nas horas difíceis de desânimo e cansaço. Ao meu irmão, que me fortalece todos os dias e sem ele nada disso teria sido possível. Tenho grande sentimento de gratidão ao meu honroso orientador Dr. David Nunes e pelo professor Juarez. A todos meus amigos, que me auxiliavam com o maior prazer e agradeço imensamente a ajuda que me proporcionaram. Por fim, mas não menos importante, aos professores que me guiaram durante a formação (e continuam guiando) e à instituição Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, muito obrigado pela qualidade e devoção que possuem pelos alunos.

RESUMO

Objetivo: Identificar as desigualdades sociais e espaciais das mortes por aborto no Brasil, e simultaneamente, avaliar a evolução desses dados ao longo dos últimos anos. **Métodos:** Serão utilizados dados secundários sobre óbitos por abortos, registrados no SIM/SUS, no período de 2010 a 2019, para analisar os coeficientes de mortalidade por aborto no Brasil. Estes coeficientes serão calculados segundo variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico das mulheres que constam na base de dados do SIM/SUS, que constituem as variáveis de interesse do presente estudo. **Resultados:** Após levantamento de dados, foi possível perceber que a frequência entre as mulheres que mais morrem por aborto no Brasil, são mulheres em idade fértil de 20-29 anos, solteiras, e de cor parda. **Considerações Finais:** Constatou-se evidências que provam o grande número de mulheres em idade fértil e com nível de escolaridade baixo, enfatizando a importância de implementar medidas de educação sexual e reforçar o planejamento familiar, a fim de evitar episódios de aborto e gestações indesejadas.

Palavras-chave: Sistemas de informação. Morte materna. Aborto. Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the social and spatial inequalities of abortion deaths in Brazil, and simultaneously assess the evolution of these data over the past few years. **Methods:** Secondary data on deaths from abortions, registered in the SIM/SUS, from 2010 to 2019, will be used to analyze the coefficients of mortality from abortion in Brazil. These coefficients will be calculated according to variables related to the sociodemographic profile of women in the SIM/SUS database, which constitute the variables of interest in this study. **Results:** After surveying data, it was possible to notice that the frequency among women who most die from abortion in Brazil are women of childbearing age 20-29 years old, single, and brown. **Final Considerations:** Evidence was found that proves the large number of women of childbearing age and with a low level of education, emphasizing the importance of implementing sexual education measures and strengthening family planning, in order to avoid episodes of abortion and unwanted pregnancies.

Keywords: Information systems. Maternal death. Abortion. Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	8
3. REFERENCIAL TEÓRICO	9
4. METODOLOGIA	14
5. RESULTADOS	16
6. DISCURSSÃO	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como morte materna a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez. Entre as causas, podem estar relacionadas com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais¹.

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e uma prioridade global de saúde, sendo considerado um dos termômetros que indicam o estado de saúde de uma determinada população feminina e que permite embasar a construção de políticas públicas de saúde que direcionam os gestores em suas tomadas de decisões².

Neste contexto o número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública. A mensuração acurada da mortalidade materna, no entanto, é notoriamente difícil, principalmente quando não existe um sistema de registro vital confiável³.

As principais causas de mortalidade materna, em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, são hemorragias pós-parto, distúrbios hipertensivos, sepse, partos obstruídos e complicações relacionadas ao aborto inseguro⁴.

O abortamento isoladamente representa uma grave questão de saúde pública em países em desenvolvimento, principalmente no que tange suas complicações e a sua contribuição nas mortes maternas⁵. Para grande parcela das mulheres, o abortamento é reflexo da falha de um planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, erros no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde⁵. Independentemente dessa dificuldade, sabe-se que o abortamento é amplamente praticado em geral acarretando consequências nocivas à saúde, incluindo a morte⁶.

A OMS define aborto inseguro como o procedimento utilizado para interromper uma gravidez, realizado por pessoas não-habilitadas ou em ambiente não-adequado⁷. Essa prática ocorre principalmente em países onde as leis são restritivas ao procedimento ou naqueles onde é legal, porém, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é dificultado⁸.

Dessa maneira, a relação direta entre o aborto inseguro e a morte materna é uma grande preocupação e motivo de luta para a sua legalização em diversos países⁹.

No Brasil os níveis de mortalidade materna são elevados sendo observada uma disparidade entre as regiões, evidenciando as desigualdades socioeconômicas, culturais e educacionais existente no país permitindo que o aborto inseguro no Brasil ocorra prioritariamente nas mulheres mais pobres e desassistidas¹⁰.

No território brasileiro, o aborto está entre as cinco principais causas de mortalidade materna e se configura, assim como em outros países do mundo, um importante problema de saúde pública, tanto pela magnitude como pela persistência¹¹. Ainda que exista várias pesquisas nessa área, as falhas metodológicas e as subnotificações dificultam ainda mais a estimativa precisa do número de abortamentos e do perfil de mulheres que morrem por aborto¹².

As causas de mortalidade materna são obtidas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no qual os dados provenientes das Declarações de Óbito (DO) são processados. A avaliação da magnitude da mortalidade materna, por meio dos dados disponíveis no SIM, enfrenta problemas de subdiagnóstico, haja visto que muitos óbitos são devidos à septicemia e hemorragia decorrentes de complicações de abortamentos¹³.

O presente trabalho se propõe a descrever o perfil epidemiológico e regional das mortes maternas no período de 2010 a 2019 com base nos dados oficiais dos sistemas de informações em saúde. A avaliação de critérios como idade, escolaridade, estado civil e nível socioeconômico nos trazem o retrato das mulheres mais atingidas e, principalmente, o reflexo das desigualdades regionais brasileiras no que tange o desenvolvimento social, econômico e a assistência à saúde. Ademais, ainda que seja notório o grau de subnotificação das mortes, a compreensão desses dados torna-se imperioso para a promoção do acolhimento dessas mulheres e a criação de políticas públicas para a busca de mudanças desse cenário¹⁴.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral: Descrever a mortalidade materna por abortamento em cada região do Brasil nos anos de 2010 a 2019 a partir de dados secundários do Sistema de Informação em Saúde.

2.2 Específicos:

- Descrever a mortalidade no Brasil ao longo dos anos de 2010 a 2019
- Descrever a frequência da mortalidade materna segundo escolaridade, idade além de cor/raça ao longo dos anos de 2010 a 2019.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), mortalidade materna é definida como: “A morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela”¹⁵.

As causas dessas mortes podem ser divididas, de acordo com CID-10, em causas obstétricas diretas, resultado de complicações da gravidez, e causas obstétricas indiretas, quando resultam de doenças prévias e foram agravadas devido a gestação. Vale ressaltar que grande parte das causas diretas são passíveis de prevenção¹⁶.

A mortalidade materna é um significativo indicador de desenvolvimento social e retrata, não só a qualidade da atenção à saúde da mulher, como também os índices de pobreza e desigualdade social³. No Brasil, os níveis de mortalidade materna são extremamente elevados e apontam uma ampla discrepância entre as regiões¹⁷.

No Brasil, as notificações das mortes são computadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, administrado pelo Ministério da Saúde (SIM/MS) que cobre cerca de 85% do registro de mortes no país. No entanto, ainda que seja possível identificar um declínio da taxa das mortes, existe uma subnotificação de óbitos e preenchimento inadequado das causas de morte registradas¹⁸. Essa subnotificação dos óbitos é encontrada, quase que exclusivamente, nas Regiões Norte e Nordeste do país¹⁷. Os Estados do Sul e Sudeste, onde vive a maior parte da população brasileira (57,4%), possui uma boa abrangência, aproximando-se de 100%¹⁷.

De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) as complicações por abortamento ocupam o terceiro lugar entre as causas de mortalidade materna, em torno em 12,5%. Segundo dados da OMS, uma em cada nove mulheres brasileiras recorre ao aborto devido a uma gestação não planejada ou desejada. Entretanto, vale ressaltar que não se sabe fielmente quantas mulheres morrem tendo em vista a ilegalidade dessa prática, atuando de maneira clandestina e em condições insalubres¹⁹. Essa prática ilegal transforma o abortamento em um comércio lucrativo onde quem tem mais dinheiro utiliza de profissionais e métodos mais seguros, enquanto quem não tem condições financeiras

busca pessoas não habilitadas e métodos abortivos nocivos, que podem levar a graves complicações e à morte⁶.

De acordo com a OMS, abortamento é o processo de interrupção da gestação de fetos de até 20 ou 22 semanas, com peso previsto de até 500 gramas, podendo ser espontâneo (natural) ou induzido (provocado)¹⁵. Já o aborto se define como o produto de uma concepção não viável ou a detenção prematura de um processo normal ou patológico¹⁵. Para fins didáticos, utilizaremos a palavra aborto como representação do abortamento.

No Brasil, o Código Penal Brasileiro permite a realização do abortamento em dois casos: gravidez de risco à vida da gestante e gravidez resultante de violência sexual. Contudo, a interrupção eletiva da gestação prevista em lei não é realizada por todos os hospitais, existindo serviços específicos para a realização desse procedimento²⁰. Além disso, existem algumas barreiras existentes para as mulheres na realização do aborto legal que fazem com que haja uma disparidade entre as políticas públicas e a condução dos serviços de saúde²¹. Entre as barreiras presentes, em casos de estupro, está a exigência ainda de documentos desnecessários como o laudo médico ou uma autorização judicial ao passo que, desde 2011, só é necessário a apresentação da declaração de consentimento da mulher; outra barreira a ser citada e de extrema importância são os estigmas sociais e religiosos que trazem aos profissionais que realizam o abortamento, tornando com que muitos médicos recusem fazer esse procedimento por medo do julgamento social ou processos judiciais²².

O conhecimento do perfil das mulheres que abortam além do método realizado, seu nível de informação e a utilização ou não de métodos contraceptivos é de extrema importância para uma posterior solução do panorama atual⁵. Contudo, dentre os diversos estudos realizados sobre o aborto, além de serem muito limitados, possuem vieses de seleção tendo em vista que as pesquisas desses dados ocorrem em hospitais públicos identificando assim apenas mulheres que tiveram complicações que necessitaram de internamento. Perde-se então, a grande parcela dos abortamentos não notificados, mulheres que realizaram em casa e nos hospitais e clínicas particulares^{5,19}.

O Brasil é um país com desigualdades socioeconômicas com algumas regiões brasileiras possuindo um padrão de qualidade de vida superior que outras. Os estudos dos indicadores sociais são de extrema importância para a entendimento da realidade social e o estabelecimento de políticas públicas²³. Como forma de análise dessa disparidade, a

Organização das Nações Unidas (ONU) realizou pesquisas e determinou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de todos os estados brasileiros. Nesse ranking nacional pode-se observar uma concentração dos piores IDH's na região Nordeste e melhores indicadores nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul³⁵.

Os investimentos públicos em educação são de extrema importância para a redução da pobreza, desenvolvimento econômico, bem-estar e acesso aos direitos fundamentais pela população²⁴. De acordo com a PNAD em 2019, a desigualdade educacional dá-se também entre as regiões. A Região Nordeste apresentou a maior taxa de analfabetismo (13,9%). Isto traduz uma taxa aproximadamente, quatro vezes maior do que as taxas estimadas para as Regiões Sudeste e Sul (ambas com 3,3%). Na Região Norte essa taxa foi 7,6 % e no Centro-Oeste, 4,9%. Além disso, a disparidade regional também é evidente quando avaliada a média de estudo. De acordo com as pesquisas, as duas regiões com menor escolaridade é a Norte e Nordeste em relação a região Sudeste, com maior média de estudos²⁴.

No que tange o acesso à saúde, sabe-se que quem utiliza dos planos de saúde é a população mais rica, contudo, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar tornou evidente também a concentração por localidade dos usuários de plano. Pesquisas revelaram que as regiões Sul, Sudeste e Centro oeste apresentam um percentual de usuários mais elevado, enquanto as regiões Norte e Nordeste têm menos de 3% da população usuária de planos particulares¹⁸. Assim, com apenas uma pequena parcela se beneficiando dos planos, é grande a quantidade de pessoas que dependem do SUS para garantir o atendimento à saúde. Dessa forma, pode-se concluir baseado apenas nesses dados, que as regiões Norte e Nordeste são as que mais se utilizam dos serviços públicos de saúde, com uma maior sobrecarga desses serviços em ambas as regiões e prejudicando a efetividade na assistência à saúde¹⁸.

Ademais, dados da Rede Interagencial de Informação para a Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde, revelam a assimetria na distribuição de médicos entre as regiões. Na região Sudeste há 2,51 médicos por mil habitantes, representando uma concentração 2,5 vezes maior que a da região Norte (0,9), no ano de 2010. Já as regiões Sul (2,06) e Centro Oeste (1,76) têm quase o dobro da concentração de médicos por mil habitantes em relação à região Nordeste (1,09)²⁵. Essa desigualdade reflete direta e indiretamente no acesso a saúde quando se pensa acerca de um atendimento de emergência pós abortamento e suas conseqüentes complicações²⁵.

Os resultados de uma pesquisa recente sobre a epidemiologia do aborto inseguro realizada em uma comunidade periférica na cidade de São Paulo mostraram que, em uma população de 375 mulheres, houveram 144 abortos, com uma média de 1,55 aborto por mulher²⁷. O aborto provocado (82 casos) e o espontâneo (62 casos) mostraram-se inseguros, pois em mais de 93% dos casos os mesmos foram sofridos ou provocados nas casas das próprias mulheres, em locais sem condições de higiene, sem assepsia e sem nenhum tipo de acompanhamento, e, quando provocados, o foram pelas próprias mulheres ou por pessoas sem a mínima capacitação. Um total de 94,12% das mulheres que provocaram o aborto e 83,3% das que sofreram um aborto espontâneo referiram complicações pós-aborto e 82,7% do total, mencionaram internação referente ao abortamento. Para as autoras, as complicações decorrentes do pós-aborto ou da morbidade relacionada ao aborto refletem na saúde propriamente dita da mulher, na possibilidade de atendimento pelos serviços de saúde, na sobrecarga hospitalar e nos custos das internações²⁷.

Em um outro estudo sobre as mortes por aborto em na cidade de São Paulo, foi possível identificar que essas mulheres eram jovens, solteiras, com baixa escolaridade e moradoras da periferia. Nesse estudo, a análise das causas de morte foi pela falta de informação sobre o abortamento e a carência da assistência à saúde²⁷.

Este estudo tem como objetivo analisar as mortes maternas por abortamento, no período de 2010 a 2019 descrevendo o perfil das mulheres que morrem, buscando correlacionar as desigualdades regionais brasileiras no tange a assistência à saúde e o desenvolvimento socioeconômico, revelando a influência que esses fatores têm no número de mortes por aborto.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter analítico e abordagem quantitativa, com dados agregados e secundários.

4.2 Fonte dos dados

Foi feita uma análise secundária de dados, dos óbitos maternos por abortamento de residentes dos estados do Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, a partir de informações em saúde disponíveis na base de dados no sítio eletrônico do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). Os dados foram obtidos, para cada ano estudado, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Serão considerados óbitos por aborto aqueles classificados no capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças vigente (CID 10), especificamente os itens O00-O08 (Gravidez que termina em aborto).

4.3 Período do estudo

Foram utilizados os dados sobre notificação de óbitos maternos por abortamento no período de 2010 a 2019.

4.4 Variáveis

Foram analisadas as seguintes variáveis: raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena e ignorada), escolaridade, estado civil e faixa etária. As informações foram agrupadas anualmente pelas regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), mês de notificação (janeiro a dezembro), ano de notificação (2010 a 2019), faixa etária (10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 anos), escolaridade (Nenhuma, de 1-3 anos, 4-7 anos, 8-11 anos, 12 e mais e ignorado), raça/cor da pele (branca, preta, parda, amarela, indígena e ignorada).

4.5 Análise dos dados

Para análise dos dados será utilizado valores absolutos fornecidos pelo software Tabwin (versão 3.6) disponível no site do DATASUS.

4.6 Considerações Éticas

O protejo atendeu às definições da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o anonimato dos pacientes foi preservado. Entretanto, pelas características do banco de dados, dados secundários disponíveis na internet, o projeto não precisou ser submetido

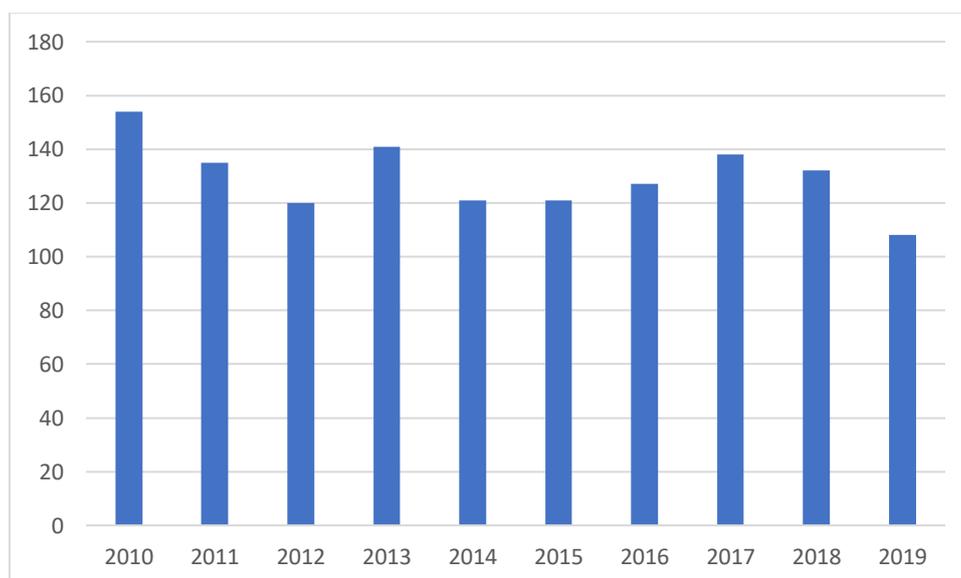
para avaliação do Comitê de ética em Pesquisa e não houve necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos no período de 2010 a 2019 demonstraram ocorrência de 1296 óbitos por abortamento, sendo estes divididos em 184 (14,21%) na região Norte, 391 casos (30,16 %) Nordeste, 525 (40,5%) Sudeste, 87 (6,71%) Sul e 109 (8,4%) Centro-Oeste.

Na região Norte ocorreu um aumento, comparando o ano de 2010 ao ano de 2019, de aproximadamente 27% dos óbitos. Já na região Nordeste houve uma redução de aproximadamente 35%. Uma grande redução ocorreu na região Sudeste, com uma queda de 41,1%.

Gráfico 1: Número de óbitos maternos em consequência de abortamento no Brasil e ano de ocorrência. Brasil. 2010 a 2019

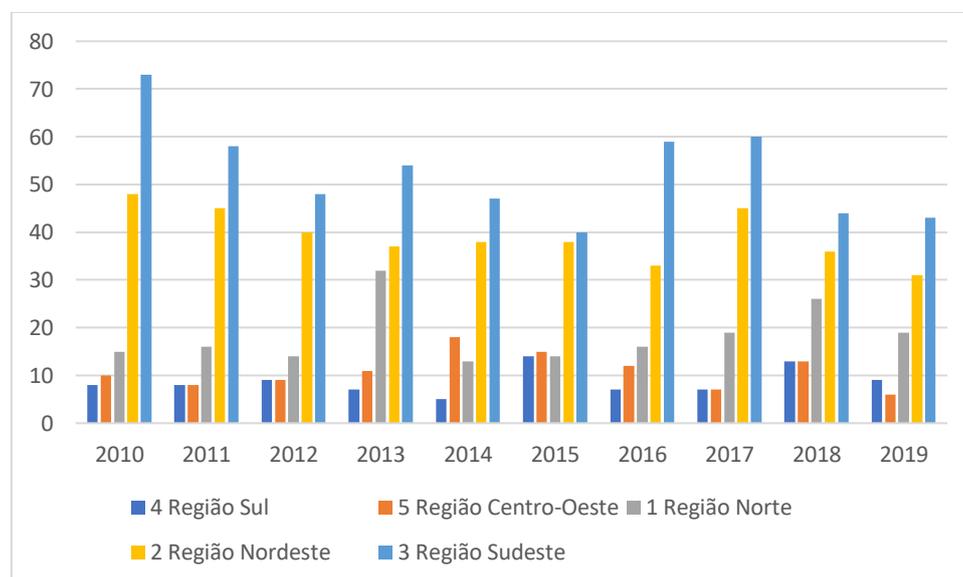


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 1: Número de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e ano de ocorrência. Brasil. 2010 a 2019.

Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Total	154	135	120	141	121	121	127	138	132	108	1297
Região Sudeste	73	58	48	54	47	40	59	60	44	43	526
Região Nordeste	48	45	40	37	38	38	33	45	36	31	391
Região Norte	15	16	14	32	13	14	16	19	26	19	184
Região Centro-Oeste	10	8	9	11	18	15	12	7	13	6	109
Região Sul	8	8	9	7	5	14	7	7	13	9	87

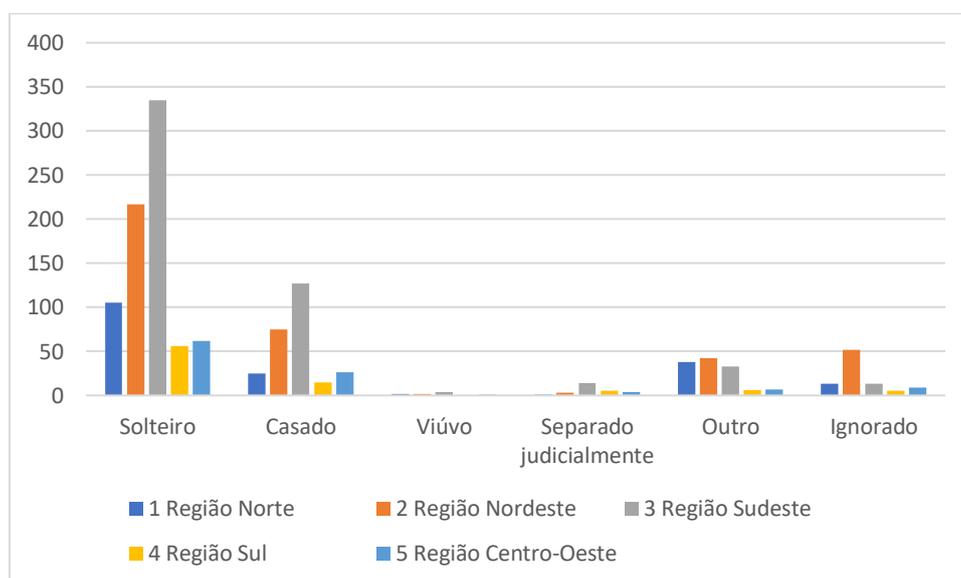
Gráfico 2: Número de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e ano de ocorrência. Brasil. 2010 a 2019.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

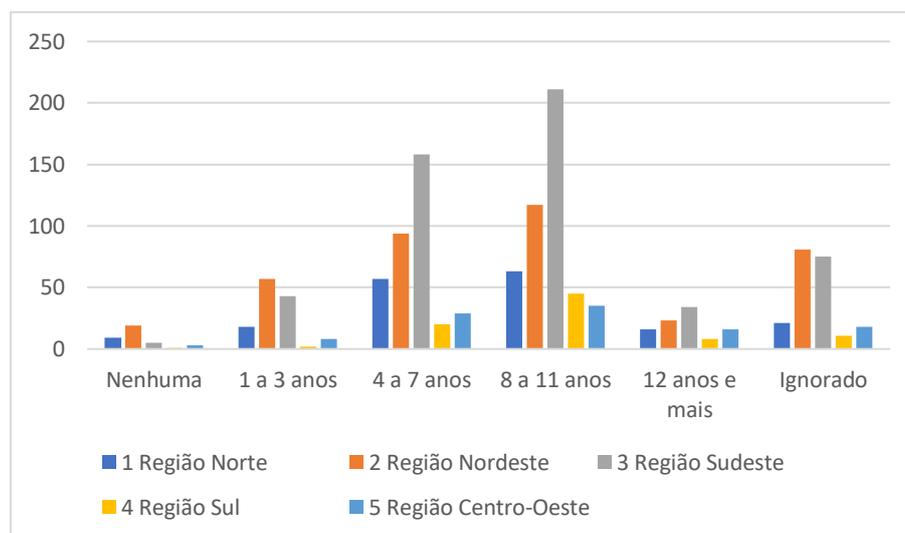
De acordo com o estado civil informado, a maior proporção de óbitos maternos ocorreu em todas as regiões por mulheres solteiras, sendo 105 casos na Região Norte, 217 casos na região Nordeste, 335 casos na região Sudeste, 56 casos na Região Sul e 62 casos na região Centro-Oeste, totalizando 775 casos de morte materna por abortamento em mulheres solteiras.

Gráfico 3: Número de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e estado civil. Brasil. 2010 a 2019.



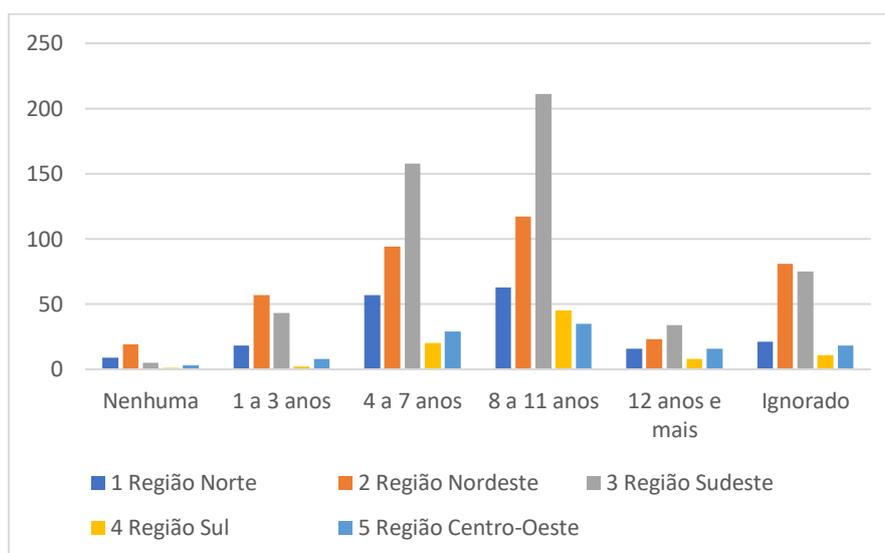
É possível notar uma diferença na predominância dos óbitos maternos nas Regiões Norte e Nordeste em detrimento das outras Regiões: ainda que possuam na totalidade uma menor frequência de mortes, as regiões Norte e Nordeste possuem uma maior ocorrência de óbitos com nenhum grau de escolaridade (9 e 19 casos respectivamente) em relação à Região Sudeste, com apenas 5 casos de óbito. A Região Nordeste também ultrapassa a Região Sudeste nos óbitos com 1 a 3 anos de escolaridade, com 57 casos na Região Nordeste e 43 casos na Região Sudeste. A maior prevalência, somando os casos em todas as regiões, foi no coeficiente de 8 a 11 anos de escolaridade, com 471 casos totais, ultrapassando o coeficiente de 12 anos ou mais de escolaridade, com apenas 97 casos totais.

Gráfico 4: Óbitos maternos em consequência de abortamento por região e escolaridade no período de 2010 a 2019.



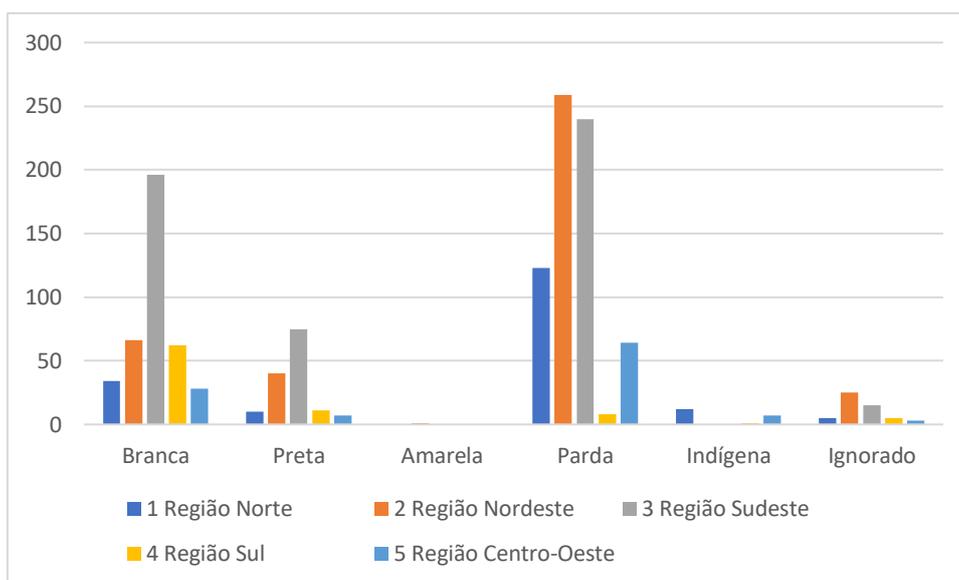
Em relação à faixa etária, a prevalência nas regiões, com exceção à região Centro-Oeste, ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, totalizando 541 casos. Vale ressaltar que a região Nordeste prevalece no coeficiente de faixa etária entre 10 a 14 anos, com 7 casos em comparação, por exemplo, à região Sudeste que, ainda que possua mais casos de mortalidade por abortamento, possui apenas 5 casos aos 10 a 14 anos.

Gráfico 5: Número de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e faixa etária. Brasil. 2010 a 2019



Com relação a variável de cor/raça, o predomínio de todas as regiões, com exceção à região Sul, foi a cor Parda, totalizando 694 casos de óbito e estes encontrados em sua maioria na região Nordeste. A raça amarela totalizou apenas 1 caso de óbito que ocorreu também na região Nordeste.

Gráfico 6: Óbitos maternos em consequência de abortamento por região e cor/raça no período de 2010 a 2019.



6. DISCUSSÃO:

O estudo da mortalidade materna é um indicador de sua realidade social, sendo considerado um reflexo do seu nível socioeconômico, da qualidade dos sistemas de saúde e das inequidades existentes²⁹. A redução da mortalidade materna ainda é um desafio para o país^{5,29} e o aborto e toda sua temática envolvida com a morte materna é uma grande questão de saúde pública⁵. Ainda com avanços na assistência à essas mulheres, estudos mostram que ocorrem cerca de 22 milhões de abortos todos os anos e que estes levam a cerca de 47 mil mortes maternas¹⁵. Retomo então, a importância da observação das mortes por abortamento para a avaliação do público afetado e posterior investigação de possíveis mudanças em busca da melhoria do cenário feminino atual.^{5,30}

No período do estudo de 2010 a 2019 houve 1296 casos de mortes maternas por abortamento sendo possível notar, com exceção ao estado do Nordeste, a redução dos casos ao passar dos anos. Esse decréscimo pode ser explicado pela série de fatores estudados tais quais a melhoria da assistência à saúde, da própria economia de cada região e o aumento na escolaridade²⁴. A assistência à saúde, refletido em serviços médicos, hospitais de campanha, Unidades de Pronto Atendimento e serviços de urgência e emergência são necessários ao cuidado à mulher no que tange ao suporte médico à uma suspeita de abortamento ou em casos de cuidados pós abortamento. A economia está estreitamente associada a escolaridade da população sendo estes fatores ligados ao planejamento familiar e a educação sexual necessária a todas as mulheres e famílias brasileiras. A região Sul, ainda que possua uma maior população comparada a região Norte²⁴, houve a menor ocorrência de mortes de todo o Brasil, podendo ser justificada pelo maior desenvolvimento econômico e social que refletem em uma melhor qualidade na assistência na saúde. Em contrapartida, as regiões Nordeste e Norte, onde se observa maiores indicadores de mortalidade por abortamento possuem menores índices de desenvolvimento e assistência à saúde²⁴.

A análise dos dados do DATASUS, no que tange a variável do estado civil, descreve uma maior presença de mortes em mulheres solteiras em todas as regiões do Brasil. O fato de ser mulher solteira e morrer por abortamento pode ser reforçado por inúmeros fatores a exemplo da ausência de uma rede de apoio social principalmente por parte do parceiro, quando existente, pode influenciar na decisão pelo abortamento por medo, solidão e vergonha, da mesma maneira que precárias condições econômicas. Ainda nesse contexto, dados da literatura apontam para possibilidade que mulheres solteiras estão mais expostas

a múltiplas parcerias em comparação as mulheres casadas e, assim, mais sujeitas a possibilidade de uma gravidez não desejada e um consequente aborto³¹.

Ao analisar os anos de estudo nas diversas regiões, observa-se uma estreita relação de maior mortalidade por aborto¹⁰. Segundo os dados do DATA SUS (Gráfico 04), além do predomínio das mulheres de baixa escolaridade (nenhum grau de escolaridade e de 1 a 3 anos de escolaridade), as regiões Norte e Nordeste estão no topo dos casos com esse baixo nível escolar. Os indicadores demonstram o quanto a carência de estudo e abordagem sobre educação sexual e planejamento familiar podem ampliar nos índices de gravidez não planejada e não desejada. Essa relação também foi evidenciada por Nogueira et al.³² ao pesquisarem a distribuição espacial da gravidez na adolescência nas cidades de Belo Horizonte. Os autores evidenciaram a relação entre vulnerabilidade social e a taxa de gravidez na adolescência³². Ademais, falta de informação influencia no próprio abortamento, de forma que são realizados em níveis precários de saúde e higiene e com altos riscos de infecção e hemorragias pós abortamento³³.

No Brasil, as mulheres pardas e negras se encontram nas situações de maior fragilidade e marginalizadas^{18,28}. Essa desigualdade não seria diferente nos casos de mortes por aborto²⁸. No que tange a variável cor/raça, as mulheres pardas se encontram no topo das notificações podendo ser justificado pelo maior predomínio desse grupo racial na população do Brasil³⁷ e a incidência dessa parcela feminina a menores condições sociais de assistência em saúde e escolaridade². A menor incidência das mulheres negras em relação à parcela branca explica-se pelas dificuldades ainda existentes na obtenção dos dados no quesito “cor” nas declarações de óbitos, seja pela informação não corresponder com a realidade ou pelo não preenchimento da informação, dificultando o estudo mais consistente sobre a saúde da mulher negra²⁸.

Uma limitação no presente estudo se dá pelas mulheres que morreram por abortamento e não foram classificadas ou as que foram identificadas em outras categorias do CID-10 no Serviço de Informação de Mortalidade (SIM) ratificando então, a subnotificação existente como uma questão social e técnica a ser corrigida²⁷.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estudo atingiu o objetivo de reavaliar o panorama da mortalidade feminina por abortamento reforçando que as desigualdades regionais existentes estão diretamente relacionadas a maiores indicadores de mortes de mulheres por essa causa e evidenciou a importância de aplicar políticas públicas no que tange a educação sexual feminina, as condições socioeconômicas e o planejamento familiar, reduzindo as desigualdades existentes no país e de gênero em busca da melhoria do cenário brasileiro na taxa de abortamento principalmente no que tange a prática do abortamento inseguro. Além disso, embora os dados oficiais apresentados sejam alarmantes, dados da literatura demonstram a existência de um grande número de subnotificações escondidas em outras causas de mortes maternas e a necessidade de haver mais pesquisas a respeito desse tema para que se tenha um perfil mais sensível das mulheres que morrem por abortamento e assim haver mudanças mais significativas ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.aed. São Paulo: Edusp; 2000.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2:e323-33
3. Alencar Júnior CA. Editorial. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev Bras Ginecol Obstet.*2006 jul; 28(7):377-9.
4. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro KKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. *Rev Med Minas Gerais* 2015; 25:173-9.
5. MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil; 2009
6. Domingos, Selisvane Ribeiro da Fonseca e Merighi, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery* [online]. 2010, v. 14, n. 1 [Acessado 9 Maio 2022] , pp. 177-181. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100026>>. Epub 17 Jun 2010. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100026>.
7. World Health Organization. World health report 2005: make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
8. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet.* 2007;370(9595):1338-45
9. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet.* 2006;368(9550): 1887-92.
10. GOTLIEB, S. L. D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. [S.l.]: Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102 p., 2003.
11. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde

- e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde; 2013
12. Cardoso, Bruno Baptista, Vieira, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro e Saraceni, Valeria; Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. Suppl 1 [Acessado 7 Maio 2022], e00188718. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>>. Epub 21 Feb 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>.
 13. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74
 14. COMPTE, G. M. Mortalidade materna. Salvador: 1993. Dissertação de mestrado. Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 1995. CORRÊA, S
 15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.
 16. VIANA, R. C; NOVAIS, M. R. Mortalidade Materna – uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1*:S141-S152, 2011
 17. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
 18. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br>
 19. Olinto MTA, Moreira Filho D de C. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(5):331–6.
 20. RIBEIRO, L. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. *Senatus, Brasília*, v. 6, n. 1, p. 50-58, maio 2008.
 21. Diniz D, Madeiro AP. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí. R. Olavo Bilac 2335, Centro/Sul. 64049-460 Teresina PI Brasil. madeiro@uol.com.br. 2 Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.
 22. ROCHA, E, J; ROSEMBERG, F. Autodeclaração de cor e/ou raça entre escolares paulistanos (as); *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 759-799, set./dez. 2007

23. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(12):549-51. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005526> PMID:26647842.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estimativas de população, 2021. Brasil. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf
25. CFM. Portal. Notícias. Desigualdade na distribuição dos médicos dificulta o acesso da população aos cuidados em saúde. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/noticias/desigualdade-na-distribuicao-dos-medicos-dificulta-o-acesso-da-populacao-aos-cuidados-em-saude/>. 2020
26. 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* [on-line] 2008 mar. [citado 26 maio 2008]; 11(1): [aprox.12 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br>
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília-DF. 2009.
28. DOMINGUES, Petrônio. Frentenegrinas: notas de um capítulo da participação feminina na história da luta anti-racista no Brasil. *Cad. Pág.* no.28. Campinas Jan./June 2007.
29. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, SP. Projeto Paidéia de Saúde da Família - Campinas, SP: s/d. PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. Mortalidade materna: definição, dados epidemiológicos, vigilância epidemiológica e ficha de investigação. Recife: mimeo, 1998.
30. Bittencourt MLM. As mortes por aborto no município de São Paulo: estudo epidemiológico sob o enfoque de gênero. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2000
31. Ribeiro, F. R. G., & Spink, M. J. P. (2011). Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencefálicos. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 63-71.
32. Nogueira MJ, Silva BFA, Barcelos SM, Schall VT. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no município de Belo Horizonte - MG. *Rev Bras*

- Epidemiol. 2009;12(3):297-312. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300002>
33. Santos, C. S., & Silveira, L. M. C. D. (2017). Percepções de mulheres que vivenciaram o aborto sobre autonomia do corpo feminino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 304-317.
34. IBGE. Estatísticas Sociais; Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=sobre>
35. PNUD Brasil. Índice de Desenvolvimento Humano; Rankings; 2010
36. Monteiro MFG, Adesse L. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. http://www.ims.uerj.br/downloads/ipas_ims_seminario_aborto.pdf; 2017
37. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio e o sexo – Brasil; 2019