



CURSO DE MEDICINA

JAQUELINE CORREIA RIBEIRO

MORTALIDADE POR ABORTAMENTO NA BAHIA ENTRE 2015 E 2020

SALVADOR - BA

2024

JAQUELINE CORREIA RIBEIRO

MORTALIDADE POR ABORTAMENTO NA BAHIA ENTRE 2015 E 2020

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientador: David da Costa Nunes Júnior

SALVADOR

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais e padrasto por todo amor e apoio durante a vida, sem eles nada disso seria possível.

Agradeço a Gabriel Nogueira por todo o amparo e Juliana Dutra pela paciência durante a realização desse trabalho, vocês foram meu alicerce.

Agradeço à professora Thaís Calasans, por toda ajuda e suporte ao longo desses meses, e ao meu orientador, Dr. David da Costa Nunes Júnior, por acreditar e se empenhar para que esse trabalho fosse concretizado.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mortalidade materna é um assunto importante dentro da assistência à saúde da mulher, sendo definida como “óbito de uma mulher que ocorre durante a gestação ou em até 42 dias após o término”. De todas as causas de morte materna, o abortamento é responsável por cerca de 10% a 15% da mortalidade materna no Brasil. Em decorrência de sua importância epidemiológica, faz-se crucial o estudo do perfil sociodemográfico das pacientes que falecem em decorrência de complicações do procedimento abortivo em todo o Brasil, principalmente em localidades com maior inequidade no acesso à rede de saúde, como o estado da Bahia e a região Nordeste. **OBJETIVOS:** Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que vieram a óbito por abortamento no estado da Bahia entre 2015 e 2020. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional, ecológico, descritivo que utilizou dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população do estudo foi constituída pela sessão de estatísticas vitais (Mortalidade – desde 1996 pela CID-10) no agrupamento CID – 10 em gravidez que termina em aborto entre o período de 2015 até 2020. A população foi analisada com base nas seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, local de ocorrência do óbito, estado civil e cor/raça. Os dados foram expressos em frequência simples e relativa e os dados foram tabulados através do uso do Microsoft Office Excel. **RESULTADOS:** O estudo tem como amostra 745 casos de mortalidade por abortamento no Brasil entre os anos de 2015 e 2020, sendo 222 na região Nordeste e 74 no estado da Bahia. Desses 74, temos que em relação à faixa etária temos maior prevalência entre os anos 20 e 29 anos com 29 casos (39,18%). Em relação a escolaridade, entre 8 e 11 anos foi a maior prevalência com 21 casos (28,37%), em relação ao local de ocorrência o de maior número foi o hospital com 62 casos (83,78%). Em relação ao estado civil a maior prevalência é entre mulheres solteiras com 37 casos (50%) e em relação ao perfil Cor/raça a maior prevalência é entre mulheres pardas com 48 casos (64,86%). **CONCLUSÃO:** Diante dos resultados desse presente estudo sobre mortalidade por abortamento na Bahia temos um perfil sociodemográfico de pacientes que são mulheres de idade fértil entre 20 e 29 anos, solteiras, da cor parda, com 8 a 11 anos de escolaridade, sendo o Hospital o local de óbito.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Aborto. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Maternal mortality is an important issue in women's health care, defined as "the death of a woman that occurs during pregnancy or within 42 days after its termination." Among all causes of maternal death, abortion accounts for approximately 10% to 15% of maternal mortality in Brazil. Due to its epidemiological significance, studying the sociodemographic profile of patients who die as a result of abortion complications throughout Brazil is crucial, especially in areas with greater inequity in access to health care, such as the state of Bahia and the Northeast region.

OBJECTIVES: To describe the sociodemographic profile of women who died from abortion in the state of Bahia between 2015 and 2020. **METHODS:** This is an observational, ecological, descriptive study that used secondary data from the Department of Health Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The study population consisted of vital statistics (Mortality - since 1996 by ICD-10) in the ICD-10 grouping for pregnancies ending in abortion between 2015 and 2020. The population was analyzed based on the following variables: age group, education level, place of death occurrence, marital status, and race/ethnicity. Data were expressed in simple and relative frequency, and tabulated using Microsoft Office Excel. **RESULTS:** The study sample includes 745 cases of abortion-related mortality in Brazil between 2015 and 2020, with 222 in the Northeast region and 74 in the state of Bahia. Among these 74 cases, the highest prevalence was among the 20 to 29 age group with 29 cases (39.18%). Regarding education level, the highest prevalence was among those with 8 to 11 years of schooling, with 21 cases (28.37%). The highest number of deaths occurred in hospitals, with 62 cases (83.78%). The highest prevalence in terms of marital status was among single women, with 37 cases (50%), and regarding race/ethnicity, the highest prevalence was among brown women, with 48 cases (64.86%). **CONCLUSION:** Based on the results of this study on abortion-related mortality in Bahia, we observe a sociodemographic profile of patients who are fertile-aged women between 20 and 29 years old, single, of brown race, with 8 to 11 years of education, with hospitals being the place of death.

Key-words: Maternal Mortality. Abortion. Women's Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
2.1	GERAL.....	8
2.2	ESPECÍFICO.....	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	9
4	METODOLOGIA.....	12
4.1	DESENHO DE ESTUDO	12
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	12
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	12
4.4	COLETA DE DADOS.....	12
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	12
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	13
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	13
5	RESULTADOS	14
6	DISCUSSÃO	21
7	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um assunto importante dentro da assistência à saúde da mulher. Sua importância se reflete na existência de uma data dedicada à redução da mortalidade materna: o dia 28 de maio. Segundo o Ministério da Saúde, morte materna é definida como “óbito de uma mulher que ocorre durante a gestação ou em até 42 dias após o término”. Essa classificação agrupa qualquer causa de mortalidade, mas vale destacar a mortalidade por abortamento. Sabemos que ela pode ser responsável por cerca de 10% a 15% da mortalidade materna no Brasil¹. Apesar de ser um número expressivo, há uma constante preocupação com a possibilidade de subnotificação de porcentagem potencialmente significativa dos casos, uma vez considerada a criminalização do aborto induzido fora dos critérios estabelecidos pela Lei brasileira. Assim, estima-se que esses números possam ser ainda maiores.²

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aborto é definido como uma interrupção da gravidez antes das 22 semanas de gestação, ou quando o feto apresenta 500 gramas ou menos, ou até 16,5 centímetros. Esse aborto pode ser classificado de diversas formas. O aborto precoce ocorre até uma idade gestacional de 12 semanas; o tardio, de 13 a 20 semanas. O aborto espontâneo é aquele decorrente por doenças maternas ou anomalias fetais, ou seja, sem uma causa externa ao processo gestacional. Já o aborto provocado é decorrente de uma intervenção proposital, sendo que em sua grande maioria é realizado de forma insegura. Essa classificação muito utilizada pela OMS diz respeito ao procedimento realizado por pessoas não habilitadas, em contraste ao seguro que apresenta pessoas de competência técnica em um local adequado.³

Devido à vigente legislação no Brasil, muitos desses abortos são feitos de forma clandestina e sem a devida estrutura para o procedimento, o que acentua tanto a mortalidade materna quanto a subnotificação dessa prática. Em países subdesenvolvidos a mortalidade materna por complicações relacionadas ao aborto inseguro são as principais causas da mortalidade materna, concomitantemente à hemorragia pós-parto, a distúrbios hipertensivos, à sepse e a partos obstruídos.⁴ Dessa forma, é evidenciada a importância do estudo sobre mortalidade materna por abortamento.

De fato, apesar de subnotificado, existem dados oficiais na rede DATASUS. Em uma análise do Serviço de Informação sobre Mortalidade (SIM), pode se constatar uma diminuição de abortamentos entre 2015 até 2016 para 4,1%. Contudo, a maioria das mulheres que passam por esse procedimento são de cor preta.⁵ Assim, é possível perceber que, apesar de reduzido, o aborto ainda é um problema importante de saúde pública com uma régua diferente acerca dos perfis dos pacientes, sendo de suma importância a sua análise e comportamento durante os últimos anos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres que vieram a óbito por abortamento no Estado da Bahia no período de 2015 a 2020.

2.2 ESPECÍFICO

Descrever as mortalidades por abortamento em relação a faixa etária, escolaridade, estado civil, cor/raça, e os locais de ocorrência, ou seja, aos dados sociodemográficos.

Descrever esses dados sociodemográficos em relação aos dados do Brasil como um todo e à região Nordeste.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A morte materna é um impactante indicador social e de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por causas evitáveis referentes ao processo gestacional e ao parto.⁶ A portaria MS nº 653, de 28 de maio de 2003, estabelece o óbito materno como notificação compulsória.⁷ Essa morte materna pode ser evitada em cerca de 92% dos casos.⁸ Assim, torna-se indispensável o amplo debate sobre essa morte, que ocorre durante a gestação ou até 42 dias do puerpério. A morte materna obstétrica direta é conceituada como um óbito que ocorre durante a gestação, parto ou ao período puerperal devido a uma complicação.⁹ É dentro desse conceito que a morte por abortamento se enquadra.

A mortalidade materna não pode ser isolada como somente um problema de saúde, pois perpassa também o âmbito social em que o indivíduo está inserido. Segundo a OMS cerca de 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, o que se reflete no desigual acesso a saúde.⁶ No Brasil, temos uma elevada razão de mortalidade materna (RMM), porém com níveis desiguais entre as regiões, apesar da maior concentração de estudos na ser na região Sudeste do país.¹⁰ Em um estudo sobre mortalidade materna no período de 2015 a 2019, tivemos predominância dos casos na Região Sudeste e Nordeste do país.¹¹ Quando observado o cenário mundial, um estudo que analisou dados de 1990 até 2014 demonstrou queda significativa nas taxas de aborto em países desenvolvidos. Contudo, esse decréscimo não foi percebido em países em desenvolvimento.¹² Assim, a mortalidade por abortamento pode ser vista como um marcador da desigualdade do país.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) definem o abortamento como uma interrupção da gravidez antes das 22 semanas de gestação, ou quando o feto apresenta 500 gramas ou menos, ou até 16,5 centímetros.⁶ O abortamento precoce ocorre até uma idade gestacional de 12 semanas, enquanto o tardio de 13 a 20 semanas. O abortamento espontâneo é aquele decorrente de doenças maternas ou anomalias fetais. Em contrapartida, o abortamento provocado é decorrente de uma intervenção proposital, sendo que em sua grande maioria é realizado de forma insegura.³

O abortamento induzido é um assunto desafiador em seus diversos aspectos. A legislação vigente prevê a legalidade do aborto em três casos: em circunstâncias de estupro, anencefalia fetal ou quando há ameaça à vida da gestante, segundo o Artigo 128 do Código Penal Brasileiro (07 de dezembro de 1940) e a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (12 de abril de 2012).^{13,14} Entretanto, esse procedimento previsto por lei não é feito em todos os hospitais, apenas em serviços específicos, tornando muitas vezes esse serviço invisível. Assim, essa barreira de acesso é um dificultador das mulheres em realizar o procedimento, já que viajam entre vários hospitais até receberem seu direito assegurado por lei.¹⁵ Nesse contexto, o primeiro o primeiro hospital público que ofereceu esse serviço foi o Hospital do Jabaquara, em São Paulo, no ano de 1990.¹⁶

Um estudo analisou a conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros acerca do aborto mostrou que, apesar da maioria dos profissionais apresentar condutas adequadas, ainda há falta de conhecimento desses profissionais acerca da situação legal.¹ Assim, vemos que mesmo preenchendo os critérios da lei, ainda sim essas mulheres encontram dificuldade em acessar o serviço de saúde. Em uma pesquisa realizada nas cidades de Salvador, São Luís e Recife, foi visto que quase 9% das mulheres se sentiram discriminadas ao acessarem o serviço. Ademais, grande parte das pacientes não receberam informações sobre o procedimento do esvaziamento uterino.¹⁷

Nesse sentido, devido à atual legislação, muitos abortamentos são realizados de forma clandestina, sem estrutura e arcabouço técnico para tal. Dessa forma, ocorre subnotificação dessas taxas. Outro fator que impacta na taxa de subnotificação é a qualidade da informação da Declaração de Óbito.¹⁸ Esses abortamentos induzidos em condições inseguras se distribuem de forma desigual nas regiões brasileiras, sendo a taxa de maior prevalência no Norte e Nordeste com taxas de 3,5% e 4,3%, respectivamente, no ano de 2006. Além disso, os abortos ocorrem de forma desigual entre os diferentes perfis envolvendo raça, renda, estado civil e escolaridade.¹⁹

Cerca de uma em cada cinco mulheres até os 40 anos já realizou um aborto, e os dados são maiores quando envolve pacientes de menor escolaridade, da cor preta e de regiões do Brasil como Norte, Nordeste e Centro Oeste. Adicionalmente, a frequência aumenta para 28% em pacientes 12 aos 19 anos.²⁰

O Estado da Bahia também apresenta alta frequência de abortamento entre jovens. Em um estudo realizado na década de 1990, em um hospital de Feira de Santana, mostrou que, dentre adolescentes grávidas, a maior frequência de abortamento foi entre pacientes solteiras com 17 a 19 anos.²¹ Ainda, é necessário compreender que abortos ilegais ocorrem em âmbitos inseguros, insalubres e sem qualificação profissional. Tais condições acarretam consequências graves, como óbito materno e infecção intrauterina.¹⁸ Sendo a morte complicada por abortamento inseguro uma das principais causas da mortalidade materna em países subdesenvolvidos. Ele representa cerca de 10% a 15% da mortalidade materna no Brasil.¹

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

O desenho do estudo é do tipo ecológico, descritivo, de série temporal.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado com dados secundário do DATASUS no estado da Bahia no período de 2015 a 2020.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foi composta por mulheres que foram a óbito por abortamento no período de 2015 a 2020, registradas no DATASUS sessão de estatísticas vitais (Mortalidade – desde 1996 pela CID-10) no agrupamento CID – 10 em gravidez que termina em aborto.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada na rede DATASUS na sessão de estatísticas vitais (Mortalidade – desde 1996 pela CID-10) no agrupamento CID – 10 em gravidez que termina em aborto. A coleta de dados foi feita entre julho e outubro de 2023 e se refere a abortos ocorridos no Brasil entre 2015 até 2020.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variáveis independentes analisadas disponíveis na rede DATASUS na sessão de estatísticas vitais (Mortalidade – desde 1996 pela CID-10)

- Faixa etária (15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos)
- Escolaridade (nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais, ignorado)
- Local de ocorrência (Hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, outros)

- Estado civil (solteira, casada, outro, ignorado)
- Cor/raça (branca, preta, amarela, parda, ignorada)

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise descritiva, as variáveis foram expressas em frequência simples e relativa. O aplicativo Microsoft Office Excel foi utilizado para tabulação de dados.

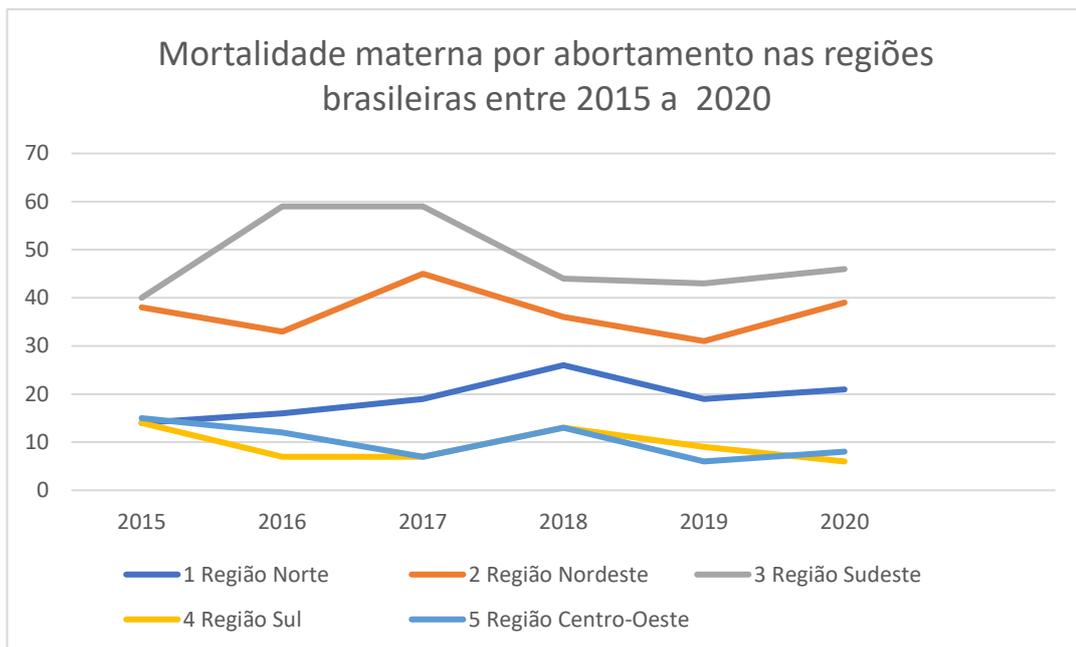
4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um trabalho utilizando dados secundários em domínio público disponibilizados pela rede DATASUS.

5 RESULTADOS

O estudo tem como presente amostra um total de 745 casos de mortalidade por aborto no Brasil entre os anos 2015 e 2020, a partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis na rede DATASUS. Esses casos são distribuídos nas regiões brasileiras representados pelo Gráfico 1. Nessa representação, é possível notar maior número de casos na região Sudeste com 291 casos e Nordeste com 222 casos, quando comparado as regiões Norte com 115 casos, Sul com 56 casos e Centro-Oeste com 61 casos. Percebemos uma flutuação no Gráfico 1 ao longo dos 5 anos analisados, com ênfase para o ano de 2017 com aumento geral em quase todas as regiões brasileiras, exceto na Região Centro-Oeste (Gráfico 1).

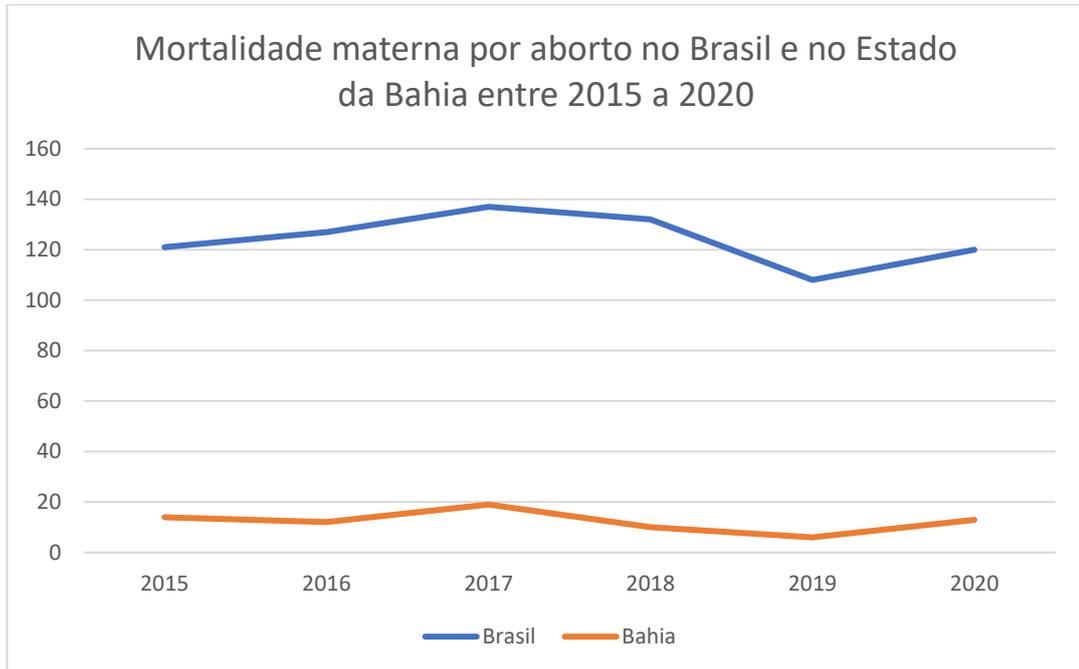
Gráfico 1 – Distribuição da mortalidade materna por aborto nas regiões brasileiras entre o período de 2015 a 2020.



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

Entre 2015 e 2020, no estado da Bahia, ocorreram 74 óbitos maternos, o que representa cerca de 9,93% dos casos no Brasil. No que tange à distribuição de casos, é observado que a curva da Bahia é similar à do Brasil. Todavia, notam-se algumas diferenças, como redução da mortalidade na Bahia em 2016 e redução menos acentuada em 2019 quando comparada à redução em território nacional (Gráfico 2).

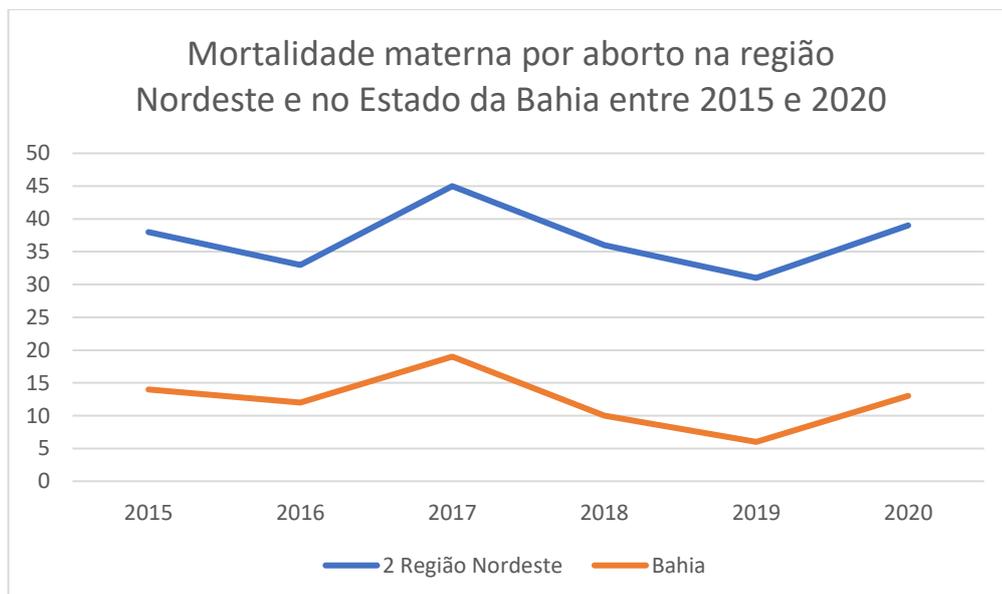
Gráfico 2 – Distribuição da mortalidade materna por aborto no Brasil e no Estado da Bahia entre o período de 2015 a 2020



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

A mortalidade por aborto no Estado da Bahia entre os anos de 2015 e 2020 representa cerca de um terço dos casos na região Nordeste. Percebemos que essa representação se distribui de forma muito similar à distribuição dos casos em relação ao período analisado (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição da mortalidade materna por aborto no Estado da Bahia e na região Nordeste no período de 2015 a 2020



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

Em relação ao perfil dos casos de mortalidade materna por aborto na Bahia no período de 2015 a 2020 é observado um total de 74 casos enquadrados em relação a faixa etária desses pacientes, a escolaridade, ao local de ocorrência da morte materna e ao estado civil, visualizados na Tabela 1. Em relação a esses casos, é fundamental destacar a maior prevalência entre a faixa etária dos 20 a 29 anos, representando cerca de 39,18% dos casos totais. Logo após esse dado, com ligeiramente menor prevalência, a faixa etária entre 30 e 39 anos representa 35,13% dos casos totais. No que tange ao perfil de escolaridade a maior parte dos casos está representada entre 8 e 11 anos de tempo escolar com cerca de 28,37% dos casos. Já quando obtemos os dados do local onde essa mortalidade ocorreu, temos uma grande parte dos casos, cerca de 83,78% no hospital. Por fim, em relação ao estado civil, é importante ressaltar que cerca de 50% dos casos acontecem com mulheres solteiras; 20,27% dos casos, com mulheres casadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos casos de mortalidade materna por aborto segundo faixa etária, escolaridade, local de ocorrência, estado civil no Estado da Bahia no período de 2015 a 2020

Faixa etária da mãe	N	%
15 a 19 anos	9	12,16
20 a 29 anos	29	39,18
30 a 39 anos	26	35,13
40 a 49 anos	10	13,51
Total	74	100
Escolaridade da mãe	N	%
Nenhuma	2	2,70
1 a 3 anos	15	20,27
4 a 7 anos	12	16,21
8 a 11 anos	21	28,37
12 anos e mais	1	1,35
Ignorado	23	31,08
Total	74	100
Local de ocorrência	N	%
Hospital	62	83,78
Outro estabelecimento De saúde	9	12,16
Domicílios	2	2,70
Outros	1	1,35
Total	74	100
Estado civil	N	%
Solteira	37	50,00
Casada	15	20,27
Outro	7	9,45
Ignorado	15	20,27
Total	74	100

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

Em relação ao perfil dos casos de mortalidade na Região Nordeste, temos um número total de 222 casos. Aproximadamente 41,89% dos casos ocorre entre a faixa de etária

de 20 e 29 anos. No que tange à escolaridade, vale destacar que cerca de 38,73% dos casos ocorrem em mulheres com 8 a 11 anos de tempo escolar. Já quando é observado locais de ocorrência, 83,33% dos casos ocorrem em hospitais. Por último, por volta de 53,60% dessas pacientes eram solteiras (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil dos casos de mortalidade materna por aborto segundo faixa etária, escolaridade, local de ocorrência, estado civil na região Nordeste no período de 2015 a 2020

Faixa etária da mãe	N	%
10 a 14 anos	4	1,80
15 a 19 anos	28	12,61
20 a 29 anos	93	41,89
30 a 39 anos	76	34,23
40 a 49 anos	21	9,46
Total	222	100
Escolaridade da mãe	N	%
Nenhuma	9	4,05
1 a 3 anos	25	11,26
4 a 7 anos	53	23,87
8 a 11 anos	86	38,73
12 anos e mais	9	4,05
Ignorado	40	18,01
Total	222	22
Local de ocorrência	N	%
Hospital	185	83,33
Outro estabelecimento	15	6,75
De saúde		
Domicílios	10	4,50
Via Pública	5	2,25
Outros	7	3,15
Total	222	100
Estado civil	N	%
Solteira	119	53,60
Casada	45	20,27
Viúva	1	0,45
Separada judicialmente	3	1,35
Outro	28	12,61
Ignorado	26	11,71
Total	222	100

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

Em relação ao perfil dos casos de mortalidade materna por aborto no Brasil, temos 745 casos. É observado que a maioria dos casos (41,34%) ocorre em mulheres de 20 a 29 anos e com 8 a 11 anos de escolaridade (42,68%). No que tange ao local de ocorrência, o hospital também é a maior prevalência com cerca de 87,24% dos casos. Por fim, 57,7% das mulheres são solteiras (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos casos de mortalidade materna por aborto segundo faixa etária, escolaridade, local de ocorrência, estado civil no Brasil no período de 2015 a 2020

Faixa etária da mãe	N	%
10 a 14 anos	8	1,07
15 a 19 anos	97	13,02
20 a 29 anos	308	41,34

30 a 39 anos	277	37,18
40 a 49 anos	55	7,38
Total	745	100
Escolaridade da mãe	N	%
Nenhuma	20	2,68
1 a 3 anos	59	7,91
4 a 7 anos	192	25,77
8 a 11 anos	318	42,68
12 anos e mais	51	6,84
Ignorado	105	14,09
Total	745	100
Local de ocorrência	N	%
Hospital	650	87,24
Outro estabelecimento	47	6,30
De saúde		
Domicílios	24	3,22
Via Pública	6	0,80
Outros	18	2,41
Total	745	100
Estado civil	N	%
Solteira	430	57,7
Casada	155	20,80
Viúva	3	0,40
Separada judicialmente	16	2,14
Outro	88	12
Ignorado	53	11,81
Total	745	100

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

Quando analisamos o perfil raça/cor das mulheres que morrem por abortamento no Brasil entre os anos de 2015 e 2020, notamos que a maioria dessas, cerca de 410 mulheres (55,03%) são pardas e, em seguida, 217 (29,12%) mulheres são brancas. Quando agrupamos em regiões esses números, temos a região Nordeste com 222 casos totais, sendo 153 (68,91%) deles de mulheres pardas, e 27 (3,62%) são pretas. Já as mulheres brancas no Nordeste são representadas por cerca de 3,75% dessas mortes, com 28 casos. Vale destacar também a Região Sudeste que responde por cerca de 39,06% dos óbitos totais do país, foram 291 casos ao longo desses 5 anos. Nessa região temos uma mortalidade por abortamento de 10,99% das mulheres pretas, 48,45% das mulheres pardas e 38,14% das mulheres brancas (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil raça/cor dos óbitos maternos por abortamento no Brasil e nas regiões brasileira no período entre 2015 e 2020.

Cor/raça	Região Norte n(%)	Região Nordeste n(%)	Região Sudeste n(%)	Região Sul n(%)	Região Centro- Oeste n(%)	Brasil n(%)
Branca	23 (20%)	28(12,61%)	111(38,14%)	41(73,21%)	14 (22,9%)	217(29,12%)
Preta	5 (4,34%)	27(12,16%)	32(10,99%)	9(16,07%)	5(8,19%)	78(10,46%)
Amarela	-	1 (0,45%)	1(0,34%)	-	-	2(0,26%)

Parda	76 (66,08%)	153(68,91%)	141(48,45%)	4(7,14%)	36 (59,01%)	410(55,03%)
Indígena	10 (8,69%)	1 (0,45%)	-	-	4(6,55%)	15(2,01%)
Ignorado	1 (0,86%)	12 (5,40%)	6 (2,06%)	2(3,57%)	2(3,27%)	23(3,08%)
Total	115 (100%)	222 (100%)	291(100%)	56(100%)	61(100%)	745(100%)

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

No que tange a relação do perfil raça/cor no Estado da Bahia, temos um total de 74 óbitos nos anos entre 2015 e 2020, 48 deles foram de mulheres pardas, ou seja, cerca de 64,86% dos casos. Em relação a população negra foram 12 casos, cerca de 2,70%. Por fim, na população Branca foram 5 casos, que representam 6,75% da população (Tabela 5).

Tabela 5 – Perfil raça/cor óbitos maternos por abortamento no Estado da Bahia no período entre 2015 a 2020

Cor/raça	Número de casos no Estado da Bahia n (%)
Branca	5 (6,75%)
Preta	12 (16,21%)
Amarela	1 (1,35%)
Parda	48 (64,86%)
Ignorada	8 (10,81%)

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

Em relação a população brasileira dados do IBGE de 2020 apontam que cerca de 42,8% da população brasileira é Branca, 8,8% preta e 47,5% parda. Na Região Nordeste esses números são diferentes com 23,8% da população branca, 11,1% negra e 64,3% parda. Vale destacar o Estado da Bahia com 18,7% da população sendo Branca, 22,3% preta e 58,3% parda. Por último, na Região Sudeste 50,4% de sua população é branca, 9,6% preta e 39,0% parda (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da população por raça/cor em proporção nas regiões brasileiras, no Estado da Bahia e Brasil em 2020

	Branca	Preta	Parda	Parda ou preta
Brasil	42,8%	8,8%	47,5%	56,3%
Norte	17,9%	6,0%	74,7%	80,7%
Nordeste	23,8%	11,1%	64,3%	75,4%
Sudeste	50,4%	9,6%	39%	48,6%
Sul	75,1%	4,3%	19,8%	24,1%
Centro-Oeste	36,0%	8,1%	55,1%	63,2%

Bahia	18,7%	22,3%	58,3%	80,6%
-------	-------	-------	-------	-------

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2020, acumulado de quintas visitas.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou descrever o perfil sociodemográfico das pacientes que vieram a óbito por abortamento no Estado da Bahia no período de 2015 a 2020. Após o levantamento dos dados, foi possível perceber que a proporção entre as mulheres que mais morrem por abortamento no Estado da Bahia são mulheres de idade fértil entre 20 e 29 anos, solteiras, da cor parda, com 8 a 11 anos de escolaridade e o local predominante de óbito dado foi em hospitais. Esses dados são semelhantes aos encontrados no Brasil e em outro estudo com análise de dados secundários. Em um estudo realizado por Bomfim et al. no ano de 2021, foram analisados os dados do SIM/SUS entre 2000 e 2020 e o perfil sociodemográfico das mulheres que vieram a óbito por abortamento é semelhante ao que foi encontrado no presente estudo.²²

Em relação aos dados encontrados nessa pesquisa, cabe destacar a mortalidade desproporcional entre brancas e pardas. Segundo dados do IBGE, aproximadamente 58% das mulheres do estado da Bahia são pardas e 19% são brancas. Contudo, ao avaliarmos a mortalidade por abortamento nesses mesmos grupos étnicos na Bahia, nota-se maiores taxas em mulheres pardas (cerca 65% do total de óbitos) do que em mulheres brancas (19%). Com base nesses dados, podemos inferir que existe desigualdade racial e social que interfere no acesso à saúde e culmina nessa disparidade. Um trabalho conduzido por Goes et al. (2020) relata que as mulheres negras são as mais vulneráveis às barreiras sociais e individuais que permitem a busca pelo primeiro atendimento pós-aborto.²³ De fato, o Brasil não é o único país onde isso ocorre – um estudo nos Estados Unidos da América que analisou a mortalidade por abortamento notou que mulheres negras não-hispânicas apresentam taxas desproporcionalmente mais altas de morte relacionada à gravidez quando comparado às mulheres brancas não-hispânicas.²⁴

Ademais, há de se destacar que o perfil sociodemográfico com maior prevalência de mortalidade consiste em mulheres solteiras, com baixa escolaridade e com idade de 20 a 29 anos. Essa informação corrobora achados similares de estudos realizados previamente em outros locais, como os conduzidos por Bomfim et al. 2021 e Cardoso et al 2020.^{5,22} Assim, podemos inferir, a partir disso que a desigualdade social está afetando o acesso à saúde dessa população, já que é possível que essas mulheres não recebem o devido acesso à informação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar.

De fato, o aborto pode representar uma falha no sistema de saúde em oferecer informações sobre métodos contraceptivos.²² Em um estudo sobre abortamento e mortalidade materna em países em desenvolvimento, é dito que nesses países há carência nos serviços de aborto seguro, sem recursos logísticos e tecnológicos adequados, tampouco garantia de confidencialidade e ampla distribuição de informações sobre métodos contraceptivos.²⁵ Além disso, é importante considerar a dificuldade em acessar o serviço de saúde por âmbito socioeconômico. O estudo de Goes et al. (2020) mostrou que as mulheres enfrentam uma dificuldade financeira no transporte para o serviço de saúde, sendo as mulheres pretas mais afetadas.²³

Apesar desses dados sugerirem o perfil sociodemográfico das mulheres que mais vão a óbito por abortamento no Brasil (e, também, na região Nordeste e na Bahia), sabemos que esses dados são potencialmente subnotificados, devido aos aspectos legais relacionados à prática do abortamento no Brasil, já que abortos provocados em condições inseguras (como consequência à ilegalidade jurídica do ato em todo o território nacional) podem não constar nos dados oficiais.²⁶

Apesar de subnotificado, um estudo analítico traçou o perfil de mulheres com maior risco de morte por abortamento através do cálculo de razão de mortalidade materna, composto por mulheres da cor preta e indígenas, solteiras, de baixa escolaridade, que são menores de 14 ou maiores que 40 anos, das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.⁵ Dito isso, podemos encontrar semelhanças entre esses dados com os observados no presente estudo. Assim, é fundamental concebermos a mortalidade materna por abortamento como uma questão de saúde pública que atinge a população de maneira desigual.

De tal maneira, torna-se importante a discussão da legalização do aborto a fim de diminuir a mortalidade materna. Um estudo realizado na Etiópia mostra que, antes de 2005, o país tinha uma das maiores taxas de mortalidade por abortamento do mundo. Contudo, em 2005, ocorreram mudanças na legislação do aborto, com viabilização jurídica do procedimento para casos de estupro, incesto, comprometimento fetal, mães com déficit cognitivo, menores despreparadas física e mentalmente para o parto. Como consequência da nova lei, em uma década, as taxas de mortalidade por abortamento relacionadas a abortos inseguros caíram de 32% para menos de 10%.²⁷ Desse modo, nota-se uma associação entre taxas de mortalidade e a legislação vigente sobre o tema em cada país ou região. Em um estudo sobre a criminalização

do aborto no Brasil, foi percebido que a atual legislação e o déficit na assistência reprodutiva implicam na busca por serviços inseguros e clandestinos para a prática do abortamento, que se configuram como uma das maiores causas de morbimortalidade materna.²

Neste estudo, foram encontradas limitações devido ao uso de fontes secundárias de dados. Embora oficialmente reconhecidas, essas fontes podem apresentar vieses de classificação e subnotificação, já que as mulheres que morrem por abortamento podem ter sido classificadas em outro agrupamento do CID-10 (em gravidez que termina em aborto) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) ou não foram classificadas.

7 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que diante dos resultados do presente estudo sobre mortalidade por abortamento no estado da Bahia, na região Nordeste e no Brasil, temos um perfil sociodemográfico de pacientes constituído por mulheres de idade fértil entre 20 e 29 anos, solteiras, da cor parda, com 8 a 11 anos de escolaridade, sendo o hospital o local óbito mais frequente.

Conforme previamente mencionado, a problemática do aborto ainda é de notória relevância no cenário nacional. Entretanto, devido à natureza clandestina frequentemente empregada no procedimento, o presente estudo subestima o seu real impacto na sociedade em decorrência de seu delineamento ecológico com uso de dados secundários. Assim, é necessário que estudos com dados primários sejam conduzidos na Rede de Atenção Primária à Saúde, de forma que os casos não detectados pelo DATASUS sejam incluídos na discussão.

REFERÊNCIAS

1. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. março de 2004;26(2):89–96.
2. Cruz Santos V, Ferraz dos Anjos K, Souza R, Gonçalves Eugênio B. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Vol. 21, *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013.
3. Garcia AB, Lopes A, Filho S, Celeste M, Wender O, Fernandes CE, et al. Flavio Lucio Pontes Ibiapina Hilka Flávia Barra do E. Santo. 2016.
4. Dias JMG, Oliveira APS de, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira R de O. Maternal mortality. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2015;25(2).
5. Cardoso BB, Vieira FM dos SB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Caderno de Saude Publica*. 2020;36(suppl 1).
6. Folha informativa Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes Onde as mortes maternas acontecem? [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/cero-muertes-maternas-hemorragia/?lang=pt>
7. Brasil. Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003.
8. Brasil. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. 84 p.
9. Brasil. Mortalidade Materna Manual dos Comitês de [Internet]. 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>
10. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saude Publica*. abril de 2011;27(4):623–38.
11. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 26 de abril de 2021;10(1):127–33.
12. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*. julho de 2016;388(10041):258–67.
13. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.
14. Brasil. PROJETO DE LEI DO SENADO. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, 12 de abril de 2012.
15. RIBEIRO, L. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher.
16. Carloto CM, Damião NA. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*. agosto de 2018;(132):306–25.

17. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida M da CC de, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Cien Saude Colet.* julho de 2012;17(7):1765–76.
18. Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saude Publica.* 2020;36(suppl 1).
19. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal M do C, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saude Publica.* 2020;36(suppl 1).
20. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Colet.* fevereiro de 2017;22(2):653–60.
21. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza S de L, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Lat Am Enfermagem.* abril de 2001;9(2):42–7.
22. Bomfim VVB da S, Arruda MDIS, Eberhardt E da S, Caldeira NV, Silva HF da, Oliveira AR do N, et al. Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. *Research, Society and Development.* 30 de junho de 2021;10(7):e49910716866.
23. Goes EF, Menezes GMS, Almeida M da CC, Araújo TVB de, Alves SV, Alves MTSSB e, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica.* 2020;36(suppl 1).
24. Verma N, Shinker SA. Maternal mortality, abortion access, and optimizing care in an increasingly restrictive United States: A review of the current climate. *Semin Perinatol.* agosto de 2020;44(5):151269.
25. Okonofua F. Abortion and Maternal Mortality in the Developing World. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* novembro de 2006;28(11):974–9.
26. Camilo DC, Sapateiro GA, Martins N, Antikadjian RH, Tanck E, Milagres CS. Práticas de aborto inseguro: métodos culturais e caseiros / Unsafe abortion practices: cultural and domestic methods. *Brazilian Journal of Development.* 29 de setembro de 2021;7(9):94414–26.
27. Feyssa MD, Gebru SK. Liberalizing abortion to reduce maternal mortality: expanding access to all Ethiopians. *Reprod Health.* 27 de junho de 2022;19(S1):151.