

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DE ÓBITOS MATERNOS EM DECORRÊNCIA DE ABORTO FETAL NO BRASIL, 2009-2011.

Manoel Guedes de Almeida

Universidade Federal do Piauí - UFPI

manoel.medufpi@gmail.com

Débora Regina Marques Barbosa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo - IESM

manoel.medufpi@gmail.com

Jaquelyne Rosado Costa

Hospital Regional Norte - HRN

jackrosado20@hotmail.com

Dhony Ferraz da Silva Almeida

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

dhonymedicina@gmail.com

RESUMO

Este estudo avaliou os casos de morte materna em decorrência de aborto ocorridos no Brasil segundo notificação no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS/DATASUS) entre os anos de 2009 e 2011 com a finalidade de identificar, em termos gerais, as características epidemiológicas sócio-demográficas dos pacientes. Os dados foram analisados utilizando o software tabwin 3.2 e Microsoft Excel 2010. No período, foram registrados 576 óbitos em decorrência de aborto, sendo mais frequentes os relacionados à aborto não especificado (34,72%) e gravidez ectópica (26,39%). Mulheres adultas jovens, com ensino fundamental ou médio, pardas e solteiras representam grupo de maior risco. A maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar. Esses dados apontam para a fragilidade dos serviços de saúde em compreender a mulher em aspectos integrais, considerando a influência que os aspectos sociais, culturais e econômicos exercem sobre o indivíduo para a elaboração e efetivação de políticas públicas específicas ao grupo.

INTRODUÇÃO

A morte é o fenômeno natural que mais afeta a vida humana, interferindo na dinâmica social e definindo padrões de comportamento no cotidiano das pessoas. Com efeito, o óbito materno assume especial importância por seu impacto nas relações familiares e comunitárias, além de refletir disparidades na distribuição de renda e acesso aos bens e serviços produzidos coletivamente. Desse modo, quando uma mãe morre, ainda gestante, torna-se reflexo das iniquidades social e em saúde existentes em sua localidade, por interromper abruptamente sua capacidade produtiva, reprodutiva e criativa. Dessa maneira, pode-se considerar a Morte Materna (MM) como importante

indicador de saúde tanto da mulher quanto da comunidade como um todo, além de ser indicativo importante da qualidade geral de vida dos habitantes de determinada região¹⁻²⁻³.

Morte Materna é definida, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID – 10) como “a morte de uma mulher dentro da gestação ou em um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas com relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”³. Dada sua importância, a redução da mortalidade materna é prioridade em diversos países, tendo sido incluída nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas. Entretanto, a dificuldade em mensurar essa variável torna a implementação e avaliação de políticas públicas atividades bastante complexas, sobretudo quando se consideram a escassez e confiabilidade de dados notificados aos sistemas de vigilância epidemiológica.

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade implantado na década de 1970 pelo Ministério da Saúde (SIM/MS), apesar de eficiente, não cobre todo o território nacional, deixando várias áreas sujeitas à subnotificação; além disso, é comum haver incongruência entre causa de óbito materno e real causa do óbito³. Quando o óbito da mãe é decorrente de abortamento, essa mensuração é ainda mais difícil.

O abortamento é importante causa de mortalidade materna. Tendo em vista a restrição médico-legal às práticas abortivas no Brasil, a estimativa da mortalidade materna a elas associadas se torna difícil. Com efeito, os dados sobre aborto no Brasil dizem respeito à incidência de suas complicações em prontuários médicos e atestados de óbito materno. É responsável por cerca de 13% dos óbitos maternos no mundo, sendo importante problema de saúde pública em diversas regiões. Estima-se que metade das gestações que ocorrem a cada ano são indesejadas, levando a interrupção da gestação em cerca de 11%⁴.

No Brasil, a prática do aborto é legalmente autorizada apenas em situações em que o conceito causa risco à vida da mulher ou quando advém de estupro⁵. Por esse motivo, a grande maioria dos procedimentos abortivos são realizados em instalações inseguras, implicando em risco importante à vida da mãe. Estimativas de 2005 do Ministério da Saúde apontam a cifra de 1.443.350 abortos anuais no Brasil (31% das gestações), o que representa uma média de 3,07 abortos para cada 100 mulheres em idade fértil⁴⁻⁶.

OBJETIVOS

Tendo em vista a magnitude e complexidade do problema, o presente estudo visa abordar as características sociais e demográficas dos óbitos maternos por todas as formas de abortamento no Brasil notificadas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade no período compreendido entre 2009 e 2011.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo de série histórica, com base nos óbitos maternos relacionados a aborto no Brasil. Foram considerados, para tanto, todos os tipos de aborto e óbitos em decorrência de gravidez ectópica, mola hidatiforme e outros produtos anormais da concepção de acordo com

classificação do CID.10 (CID O00 a CID O08), por serem causas importantes de abortamento no primeiro trimestre da gestação. Foram consideradas todas as mortes maternas ocorridas em mulheres de todas as idades no período de 2008 a 2011, de acordo com as condições supracitadas.

Os dados foram coletados a partir de tabulações do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS/DATASUS). As variáveis categóricas analisadas foram: número de ocorrências de óbito materno, ano do óbito, categoria e subcategoria do CID 10, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil e local de ocorrência.

A análise dos dados se deu através de estatística descritiva com a utilização dos programas TabWin 3.2 e Microsoft excel 2007. As bases populacionais para cálculos foram extraídas, quando necessário, de censos e projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tendo esta pesquisa se baseado apenas dados secundários, foram respeitados os aspectos ético-legais relacionados ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Houve, no período deste estudo, 6.882 óbitos maternos, dos quais 576 (8,37%) foram diretamente relacionados a abortamentos, tendo o ano de 2009 apresentado a maior prevalência (29,34%) e 2008 a menor (20,48%), com variação de 8,85% entre os anos. A maior parte dos óbitos por aborto não tiveram tipo especificado (34,71%), seguido por gravidez ectópica (26,39%) e outros produtos anormais da concepção (12,15%). Observou-se aumento do número de óbitos maternos em 14,41% entre 2009 e 2011, com picos em 2009 (29,48%) e 2010 (26,74%) (**TABELA 1**).

Tabela 1. Prevalência de óbitos maternos por abortamento segundo tipo de gravidez e ano de ocorrência. Brasil, 2008-2011.

Tipo de gravidez Categoria CID.10	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravidez ectópica	31	26,27	44	26,04	42	28,97	35	25,93	152	26,39
Mola hidatiforme	3	2,54	6	3,55	11	7,59	4	2,96	24	4,17
Outros produtos anormais da concepção	8	6,78	21	12,42	22	15,17	19	14,07	70	12,15
Aborto espontâneo	9	7,62	8	4,73	5	3,45	8	5,93	30	5,21
Aborto por razões médicas e legais	1	0,85	0	0,00	1	0,89	1	0,74	3	0,52
Outros tipos de aborto	12	10,17	10	5,92	16	11,03	10	7,41	48	8,33
Aborto NE*	47	39,83	56	33,14	48	33,10	49	36,30	200	34,72
Falha de tentativa de aborto	7	5,93	24	14,20	9	6,21	9	6,67	49	8,51
Total	118	100	169	29,34	154	100	135	100	576	100

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

*Aborto não especificado

Ainda de acordo com a **Tabela 1**, em todos os anos houve maior incidência de aborto não especificado (34,72%), apesar de este ter apresentado redução de 3,53% nessa série histórica. Gravidez ectópica, por sua vez, apresentou-se com 26,39% dos

casos (N=152) e foi a segunda causa de morte materna por abortamento no período, seguido por outros produtos anormais da concepção (12,15%).

A faixa etária materna mais prevalente foi a compreendida entre 20 e 29 anos, seguida por de 30 a 39 anos e 15 a 19 anos, que apresentaram, respectivamente, 47,22% (n=272), 31,42% (n=181) e 14,77% (n=85) casos notificados de óbitos maternos em decorrência de aborto. Houve aumento relativo no número de óbitos maternos por abortamento entre gestantes de 20 a 39 anos e redução na faixa etária seguinte (TABELA 2). Indivíduos da raça/cor parda foram mais acometidos (54,19%), seguidos por brancos (34,08%) e pretos (10,80%); indígenas apresentaram aumento de 200% no período desta série (TABELA 2).

Tabela 2. Óbitos maternos por abortamento segundo características da mãe (idade, raça, escolaridade e estado civil) e local de ocorrência. Brasil, 2008-2011.

Caracterização de óbitos maternos por abortamento segundo ano do óbito e idade materna										
Idade da mãe/Ano do óbito	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14	0	0,00	0	0,00	3	1,95	2	1,49	5	0,88
15 a 19	19	16,10	17	10,06	29	18,83	20	14,81	85	14,77
20 a 29	59	50,00	84	49,70	72	46,75	57	42,22	272	47,22
30 a 39	33	27,97	55	32,54	46	29,87	47	34,81	181	31,42
40 a 49	7	5,93	12	7,10	4	2,59	9	6,67	32	5,56
50 a 59	0	0,00	1	0,59	0	0,00	0	0,00	1	0,17
Total	118	100	169	100	154	100	135	100	576	100
Caracterização de óbitos maternos por abortamento segundo ano do óbito e raça/cor										
Raça ou cor/Ano do óbito	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	34	30,91	57	36,54	49	33,79	43	34,13	183	34,08
Preta	15	13,64	13	8,33	16	11,03	14	11,11	58	10,80
Parda	60	54,55	85	54,49	80	55,17	66	52,38	291	54,19
Indígena	1	0,91	1	0,64	0	0,00	3	2,38	5	0,93
Total*	110	100	156	100	145	100	126	100	537	100
Caracterização de óbitos maternos por abortamento segundo ano do óbito e escolaridade da mãe										
Escolaridade/Ano do óbito	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	3	2,54	8	4,73	2	1,30	5	3,70	18	3,13
1 a 3 anos	14	11,86	14	8,28	14	9,09	9	6,67	51	8,85
4 a 7 anos	35	29,66	43	25,44	53	34,42	37	27,41	168	29,17
8 a 11 anos	29	24,58	46	27,22	41	26,62	43	31,85	159	27,60
12 anos ou mais	8	6,78	13	7,69	11	7,14	7	5,19	39	6,77
Ignorado	29	24,58	45	26,63	33	21,42	34	25,19	141	24,48
Total	118	100	169	100	154	100	135	100	576	100
Caracterização de óbitos maternos por abortamento segundo ano do										

óbito e estado civil da mãe										
Estado civil/Ano do óbito	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteiro	91	77,12	110	65,09	103	66,88	77	57,04	381	66,15
Casado	16	13,56	31	18,34	40	25,97	27	20,00	114	19,79
Viúvo	3	2,54	4	2,37	1	0,65	0	0,00	8	1,39
Separado judicialmente	1	0,85	4	2,37	0	0,00	4	2,96	9	1,56
Outro	0	0,00	2	1,18	2	1,30	13	9,63	17	2,95
Ignorado	7	5,93	18	10,65	8	5,19	14	10,37	47	8,16
Total	118	100	169	100	154	100	135	100	576	100

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

*Casos ignorados não foram considerados.

No que diz respeito à escolaridade da gestante, a maioria encontra-se nos intervalos de 4 a 7 anos de estudo (29,17%) e 8 a 11 anos de estudo (27,60%). Analfabetos e semianalfabetos (nenhuma a 3 anos de estudo) apresentaram juntos 11,48%. Houve redução relativa na mortalidade materna em todos os intervalos de escolaridade, à exceção dos de nenhuma escolaridade e dos entre 8 e 11 anos de estudo. Quanto ao estado civil, a maioria das pacientes são solteiras (66,15%); casadas apresentaram-se em 19,79% dos casos (**TABELA 2**).

Tabela 3. Caracterização de óbitos maternos por abortamento segundo ano do óbito e local de ocorrência

Local de ocorrência/Ano do óbito	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital	106	89,83	162	95,86	142	92,21	122	90,37	532	92,63
Outro estabelecimento de saúde	4	3,39	0	0	1	0,65	0	0	5	0,87
Domicílio	4	3,39	2	1,18	7	4,55	9	6,67	22	3,82
Via pública	1	0,85	1	0,59	1	0,65	1	0,74	4	0,69
Outros	3	2,54	3	1,78	3	1,95	2	1,48	11	1,91
Ignorado	0	0	1	0,59	0	0	1	0,74	2	0,35
Total	118	100	169	100	154	100	135	100	576	100

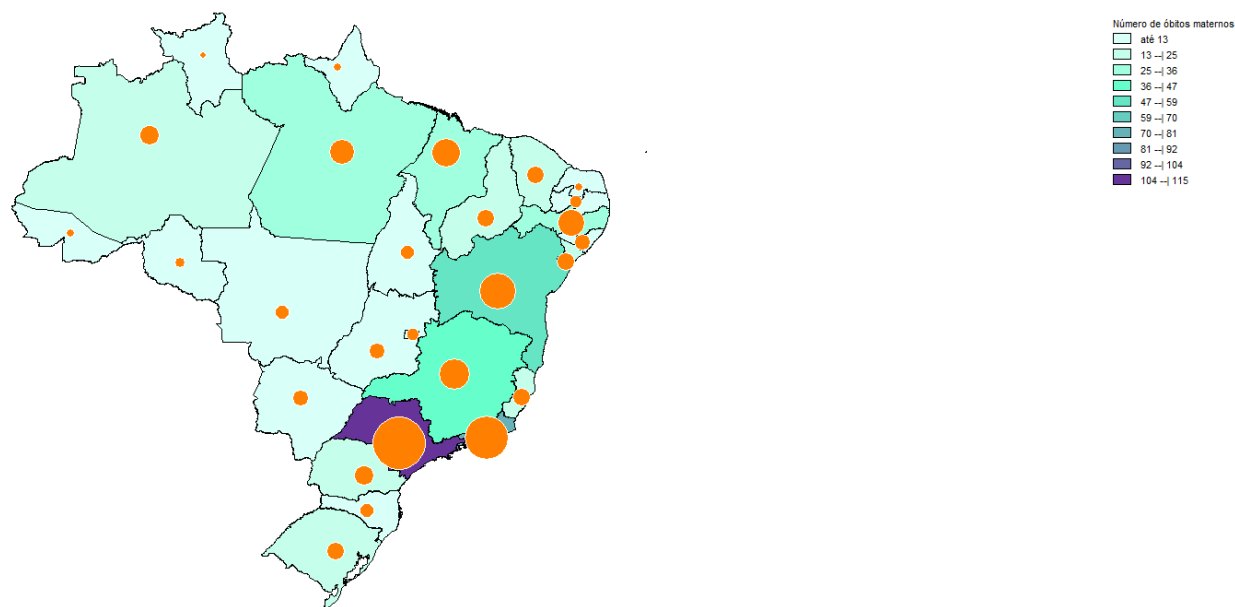
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A quase totalidade dos casos ocorreu ambiente hospitalar (92,63%), seguido por domicílio (3,82%) e outro estabelecimento de saúde (0,87%), excetuando-se outros casos não especificados e casos ignorados. Houve aumento de 3,38% no número de óbitos maternos ocorridos em ambiente domiciliar, como pode ser observado pela análise da **Tabela 3**.

A **Figura 1** nos permite perceber a distribuição espacial dos óbitos maternos no Brasil entre 2008 e 2011 por Estado de ocorrência. O Estado de maior prevalência no período foi São Paulo, com 19,97% (N=115) do total, seguido por Rio de Janeiro, com 13,72% (N=79), Bahia (N=55), Minas Gerais (N=41), Maranhão (N=33) e Pernambuco

(N=30). Os círculos representam, na **Figura 1**, áreas proporcionais de número de óbitos registrados entre as Unidades Federativas de ocorrência.

Figura 1. Distribuição demográfica de óbitos maternos por aborto ocorridas no Brasil. Brasil, 2008-2011.



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

Os Estados de menor número de casos registrados no período são Roraima, Acre, Amapá, Rio Grande do Norte e Rondônia, com, respectivamente, 2, 3, 4, 4 e 5 mortes maternas por aborto registradas. Os demais Estados encontram-se em posição intermediária, conforme pode ser observado na **Tabela 4**.

Tabela 4. Prevalência de óbito maternos por abortamento segundo Unidade Federativa e ano de ocorrência. Brasil, 2008-2011.

Unidade da Federação	2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	1	0,85	2	1,18	1	0,65	1	0,74	5	0,87
Acre	0	0,00	1	0,59	2	1,30	0	0,00	3	0,52
Amazonas	2	1,69	5	2,96	2	1,30	7	5,19	16	2,78
Roraima	1	1,85	0	0,00	0	0,00	1	0,74	2	0,35
Pará	6	5,08	7	4,14	9	5,84	5	3,70	27	4,69
Amapá	0	0,00	1	0,59	1	0,65	2	1,48	4	0,69
Tocantins	4	3,39	4	2,37	0	0,00	0	0,00	8	1,39
Maranhão	11	9,32	9	5,33	5	3,25	8	5,93	33	5,73
Piauí	1	0,85	5	2,96	3	1,95	5	3,70	14	2,43
Ceará	3	2,54	4	2,37	5	3,26	3	5,93	15	2,60
Rio Grande do Norte	2	1,69	0	0,00	1	0,65	1	0,74	4	0,69
Paraíba	1	0,85	3	1,78	1	0,65	1	0,74	6	1,04
Pernambuco	4	3,39	7	4,14	10	6,49	9	6,67	30	5,21

Alagoas	2	1,69	4	2,37	2	1,30	2	1,48	10	1,74
Sergipe	3	2,54	5	2,96	3	1,95	4	2,96	15	2,60
Bahia	7	5,93	18	10,65	18	11,69	12	8,89	55	9,55
Minas Gerais	7	5,93	11	6,51	14	9,09	9	6,67	41	7,12
Espírito Santo	3	2,54	3	1,78	6	3,90	3	2,22	15	2,60
Rio de Janeiro	18	15,25	20	11,83	23	14,94	18	13,33	79	13,72
São Paulo	20	16,95	37	21,89	30	19,48	28	20,74	115	19,97
Paraná	4	3,39	8	4,73	3	1,95	3	2,22	18	3,13
Santa Catarina	2	1,69	1	0,59	2	1,30	3	2,22	8	1,39
Rio Grande do Sul	6	5,08	4	2,37	3	1,95	2	1,48	15	2,60
Mato Grosso do Sul	2	1,69	3	1,78	2	1,30	5	3,70	12	2,08
Mato Grosso	2	1,69	1	0,59	4	2,60	1	0,74	8	1,39
Goiás	2	1,69	5	2,96	3	1,95	1	0,74	11	1,91
Distrito Federal	4	3,39	1	0,59	1	0,65	1	0,74	7	1,22
Total	118	100	169	100	154	100	135	100	576	100

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

DISCUSSÃO

Não é possível conhecer, com base na metodologia utilizada por este trabalho, o valor absoluto de todos os casos de aborto no Brasil, seja pelo grande número de procedimentos ilegais não identificados por suas complicações, seja pela não admissão em hospitais de casos de aborto espontâneo ou induzido de início da gestação.

Com efeito, os casos de aborto podem estar subnotificados. No entanto, quando o aborto induz morte materna, a subnotificação é menos frequente, mais ainda provável. Em algumas regiões do país, há falhas importantes na emissão da declaração de óbito, uso de cemitérios clandestinos ou não há cobertura de serviço de saúde que levam à inapetência dos serviços de vigilância epidemiológica em contabilizar todos os casos nacionais⁵. Além disso, a subnotificação é simbólica, fruto do valor social atribuído ao aborto; sob esse aspecto, quando a causa básica do óbito é aborto, ela acaba sendo menos declarada que eclâmpsia ou hemorragia, porque estas não estão sob influência imediata de fatores morais, religiosos e sociais. O interesse relativamente recente em compreender a dinâmica do abortamento resulta, em última análise, à sua consequência mais imediata, o óbito materno⁷.

Convém ressaltar que, pelas dificuldades intrínsecas ao diagnóstico preciso do tipo e subtipo de aborto, algumas categorias podem ter tido classificação errônea. Por exemplo, casos classificados como "espontâneos" podem ter sido, na verdade, induzidos⁵.

Em estudo sobre as causas de mortalidade materna realizado por Cecatti cols. (1998) na cidade de Recife⁸, todos os óbitos em decorrência de abortamento foram em consequência de aborto ilegal, induzido por razões não obstétricas. O pesquisador assume a proibição de venda e dificuldade na obtenção de medicação que promovam a interrupção da gestação estejam provavelmente inseridos na gênese de casos complicados de abortamento.

Em nossa série histórica, 42,71% das mortes maternas em decorrência de aborto são por causas obstétricas (gravidez ectópica, mola hidatiforme e outros produtos anormais da concepção). Aborto não especificado, falha na tentativa de aborto e outros tipos de aborto representaram, respectivamente, 34,72%, 8,51% e 8,33%. Os demais casos foram de aborto espontâneo e aborto por razões médico-legais. Os resultados desta pesquisa foram superiores aos encontrados por Haddad cols. (2000) para a cidade de São Paulo⁹ quanto a todas as categorias de aborto.

Desse modo, é possível distinguir três grupos de risco de morte materna segundo a provável etiologia do abortamento: aborto por causas obstétricas, aborto por causas não obstétricas (sociais, culturais, econômicas) e aborto por causas médico-legais (risco iminente à vida da mãe, casos de estupro). Apesar de as causas obstétricas serem as mais frequentes, os abortos do segundo grupo coadunam são bastante representativos, apesar de sua difícil mensuração. Casos de "aborto não especificado" e outros tipos de aborto", nesse contexto, podem incluir casos de aborto induzido.

Quanto à idade da mãe, o maior pico entre 20 e 29 anos e, sem seguida, 30 e 39 anos, foi corroborado por outros estudos quanto à mortalidade materna por todas as causas¹⁰. Esses dados apontam para a necessidade de melhorias importantes no sistema de saúde público e reforça a necessidade de melhor assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, possibilitando a identificação precoce de condições de risco e o acolhimento da gestante em todo o seu potencial humano, integrando de forma uníssona seus aspectos biológicos, sociais, culturais e econômicos na elaboração de um projeto terapêutico eficiente e peculiar. No entanto, entende-se também que, por se tratar de um universo amostral maior, falhas assistenciais devam ser mais frequentes a esse grupo de gestantes.

A maior parte das gestantes que tiveram óbito registrado são da cor parda ou branca, o que reflete, com mais efeito, o perfil étnico nacional. Quanto à escolaridade, a maioria observou-se que a maioria dos pacientes não concluíram o ensino fundamental ou tinham apenas o ensino médio. Observou-se, ainda, que a grande maioria dos casos são de mães solteiras (66,15%); casadas representaram apenas 19,79% dos casos. Esses fatos vão ao encontro de pesquisas anteriores sobre o tema¹⁰. É consenso que, além da faixa etária, a baixa renda familiar e o baixo nível educacional são fatores de risco conhecidamente importantes na gênese da mortalidade materna, sobre os quais devem recair políticas públicas de saúde amplas, que considerem o máximo de aspectos possíveis da vida humana para o enfrentamento dessa problemática, que passa, invariavelmente, por medidas de promoção de saúde e investimento em qualidade de vida geral da população.

A maioria das pacientes teve óbito em ambiente hospitalar, indicando assistência especializada às complicações decorrentes do abortamento. No entanto, ainda são importantes os casos de óbito materno por aborto em ambiente domiciliar, possivelmente decorrente de casos graves de aborto induzido ou casos de pacientes que retardaram sua entrada nos serviços de saúde.

Pesquisas apontam que as diferenças regionais entre os indicadores de mortalidade materna são as maiores que qualquer outro indicador demográfico quando se consideram países desenvolvidos e em desenvolvimento¹¹. Desse modo, mulheres grávidas, independente da gravidez ser ou não desejada, têm risco aumentado de morrer por causas relacionadas ao conceito que chegam a ser 800 vezes maiores que em países desenvolvidos.

O caso brasileiro não é diferente. Estudos nacionais apontam para o aumento nas desigualdades sociais interregionais, sendo um dos países com maiores índices de desigualdades sociais no mundo. Com efeito, regiões com menores desigualdades sociais e melhor qualidade de vida apresentam melhores condições de saúde¹².

No tocante à distribuição espacial de morte materna por aborto no Brasil, a maior ocorrência situou-se nos Estados mais populosos. Pode-se, em parte, atribuir este fato ao maior número de gestações e suas complicações nessas regiões, como também ao melhor sistema de notificação de óbitos. Outros Estados encontraram níveis variados de mortalidade materna, que não mantiveram correspondência com sua população residente, o que nos leva à premissa de que demais fatores devam estar associados.

CONCLUSÃO

O objetivo maior deste trabalho é a redução da mortalidade materna em decorrência de aborto. Para tanto, traz contextos gerais sobre o tema e tenta traçar seu panorama geral de caracterização epidemiológica e espacial no Brasil. Faz-se necessário, entretanto, fontes de dados mais confiáveis sobre a ocorrência de morte materna por abortamento de todas as formas, sobretudo as ilícitas.

Faz-se necessário, nesse sentido, abordar toda a heterogeneidade do universo feminino quanto à identidade de uma gestação, que em geral encontra barreiras físicas e simbólicas importantes nos espaços dos serviços de saúde. É preciso criar espaços de acolhimento, espaços de construção e compartilhamento de saberes e fazeres em saúde que legitimem os anseios, temores e potencialidades femininas durante a gestação onde, em conjunto com os profissionais de saúde, podem ser edificados planos operacionais de identificação e resolução de problemas ora enfrentados pelas gestantes, envolvendo seu parceiro e a comunidade onde estão inseridos.

Os casos abordados permitem desenhar um perfil geral de apresentação das pacientes gestantes em risco de morte por abortamento. São, em sua maioria, quando excluídas causas obstétricas diretas, mulheres adultas jovens, solteiras, de baixa escolaridade ou, no máximo, ensino médio, parda ou branca, e residente em áreas urbanas. A maioria dessas pacientes procurará serviços hospitalares quando do início ou exacerbação de seus sintomas de abortamento que deverão ser minuciosamente investigados pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque cols. Fatores Sócio-Demográficos e de Assistência Médica Associados ao Óbito Materno. RBGO - v. 20, nº 4, 1998.
2. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S193-S204, 2009
3. Laurenti R cols. A mortalidade materna nas capitais brasileiras. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 7, Nº 4, 2004

4. Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [1]: 109-127, 2013
5. Fonseca W cols. Determinantes do aborto provocado. *Rev. Saúde Pública*, 30 (1), 1996.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília, 2005. 36p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos –Caderno 4).
7. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife 1. Avaliação da subenumeração das estatísticas oficiais. *Cad Saúde Públ Rio de Janeiro* 1997; 13: 59-65.
8. Cecatti cols. Mortalidade Materna em Recife. *RBGO* - v. 20, nº 1, 1998. Silva FC cols. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(9):1821-1831, set, 2010.
9. Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. *RevSaúde Pública*, 2002; 34: 64-70.
10. Nascimento FM et al. Perfil da mortalidade materna em Teresina - PI. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 set; 11 (3): 472 - 8.
11. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde: manual de instruções. 10. Ed. Ver. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
12. Lima-Costa MF cols. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):941-950, 2006
13. Lima BGC. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 7(3), 2000