

Mortes por ao aborto no nordeste do Brasil: um estudo de casos

Introdução

Evidências têm demonstrado que as mulheres fazem abortos sem respeitar sua condição de ilegalidade e que leis restritivas apenas contribuem com a elevada prevalência de morbimortalidade materna.

Considerando as diferentes legislações em relação ao aborto (leis altamente restritivas, leis que permitem o aborto em algumas circunstâncias e leis não restritivas), um dos primeiros estudos sobre a magnitude do aborto foi conduzido em por Hershaw et al ⁽¹⁾ e estimou 46 milhões de aborto induzidos para 1995. Estimativas mais recentes recalcularam estes valores e encontraram 42 milhões de abortos induzidos em 2003, dos quais 19 milhões foram abortos inseguros ⁽²⁾, o que mostra uma redução nas taxas de aborto de 35/1000 (número de abortos pelo número mulheres em idade reprodutiva) para 29/1000 no período. As quedas foram mais acentuadas em regiões desenvolvidas.

Na América Latina e Caribe, as taxas de aborto chegam a 31/1000. A Argentina detém a mais elevada mortalidade por aborto nessa região, atingindo quase 30% dos óbitos maternos, sendo o aborto a principal causa de morte materna naquele país. ^(3, 4) No Brasil, o aborto só é permitido quando a gravidez decorre de um estupro ou quando a vida da mulher está sob risco de morte, de acordo a Lei Federal Brasileira de 1940 ⁽⁵⁾. Em 2003, 243.819 abortos foram registrados no Sistema Único de Saúde - SUS ⁽⁶⁾, sendo aproximadamente 14 mil em Pernambuco, a maioria abortos incompletos, significando que uma grande proporção pode ter sido de abortos induzidos.

Estimativas do número de abortos induzidos no Brasil em 2005 variam de 800 mil a 1 milhão de abortos /ano, o que corresponde a uma taxa de 20,7/1000. E embora se observe uma

redução em torno de 40% entre 1992 e 2005 (de 37/1000 para 20,7/1000), as regiões norte e nordeste apresentaram as taxas mais elevadas do país. ⁽⁷⁾

Violência psicológica e negligência no tratamento de abortos incompletos (espontâneo ou induzido) têm sido descritas e denunciadas pelas próprias mulheres e seus familiares, por pesquisadores e pelo movimento de mulheres no Brasil e na América Latina, criando um ambiente que amedronta as mulheres na hora de procurar cuidado após a indução de um aborto. Por outro lado, a falta de informações sobre a disponibilidade e a dificuldade de acesso a serviços de aborto legal podem impedir outras mulheres de buscarem uma interrupção da gravidez nos casos permitidos por lei, aumentando o risco de gravidez indesejada e ou aborto inseguro. ^(8,9,10)

O risco associado ao aborto induzido depende do método utilizado, do tempo da gravidez, da qualificação da pessoa que conduz o aborto, do acesso e da qualidade dos cuidados buscados (presença de anestesistas, bancos de sangue, etc.) e das condições gerais da mulher, tais como idade, paridade, doenças associadas, etc. Dentre esses fatores, o tempo de gestação sozinho é um dos mais importantes, pois a indução de um aborto tardio (acima de doze semanas de gestação) é, em geral, sujeito a maiores complicações do que um aborto induzido no início da gestação. ^(11,12)

Para interromper a gravidez, em geral, as mulheres usam mais de um método. Método este, que depende da legislação vigente em sua localidade e do seu perfil socioeconômico. No Brasil, os métodos variam dos mais tradicionais (chás de ervas, purgantes e remédios caseiros preparados por curandeiros, introdução de soro fisiológico no útero) aos alguns “mais modernos” (aspiração manual intra-uterina - AMIU, dilatação e curetagem e uso de misoprostol). O misoprostol é uma prostaglandina sintética que provoca abortamento e vem sendo usado na maioria dos países da América Latina e Caribe e algumas regiões da Ásia. ^(13, 14; 15) As mulheres, em geral, usam mais de um método para interromper a gravidez, provocam hemorragias e às vezes infecções e em seguida, procuram os serviços públicos de saúde. As mulheres com maior

poder aquisitivo têm acesso a abortos em clínicas privadas e bem equipadas e, conseqüentemente apresentam baixa morbimortalidade.

Das 520 mil mortes maternas estimadas para 2000, mais ou menos 13% foram atribuídas a abortos inseguros, representando aproximadamente 68 mil /ano. Este volume de óbitos, embora muito elevado, mostra-se inferior às estimativas para 1995, que atingiram 78 mil /ano, um declínio observado em todos os países em desenvolvimento, exceto centro-sul da Ásia e norte da África ⁽¹⁶⁾.

No Brasil, a prevalência de mortes relacionadas ao aborto registradas pelo SIM, (levando-se em conta os níveis de subinformação), foi de 8,3% para o período de 2000-2003; das 6.472 mortes maternas registradas, 543 foram decorrentes de aborto. Em 2004, o aborto representou a segunda causa de morte materna obstétrica direta (13,4%), a maioria concentrada nas regiões norte (18,8%), nordeste (12,8%) e sudeste (12,2%) do país. ⁽¹⁷⁾

Em Pernambuco, aborto foi a primeira a causa de morte materna no Recife em 1994 e uma das mais subinformadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no biênio 1992 a 1993 no estado. ^(18; 19) No entanto, entre 1997 a 2003 observou-se uma queda sustentada da proporção de mortes por aborto ⁽⁶⁾, caindo de 8% para 4% no período, padrão compatível com as tendências nacional e global acima referidas, o que em certa medida, minimiza os efeitos da subinformação. Este declínio pode ser atribuído à combinação da crescente prevalência de contracepção, incluindo a elevada proporção de esterilização em mulheres jovens (que foi 45% entre mulheres unidas em Recife em 2001) ⁽²⁰⁾, e à difusão do uso de misoprostol como método de interrupção de gravidezes não desejadas entre as mulheres de baixa renda. A participação dos movimentos de mulheres nos comitês de mortalidade materna pautando as questões do aborto inseguro e outros fatores não identificados podem também estar contribuindo para a redução das mortes por aborto no estado.

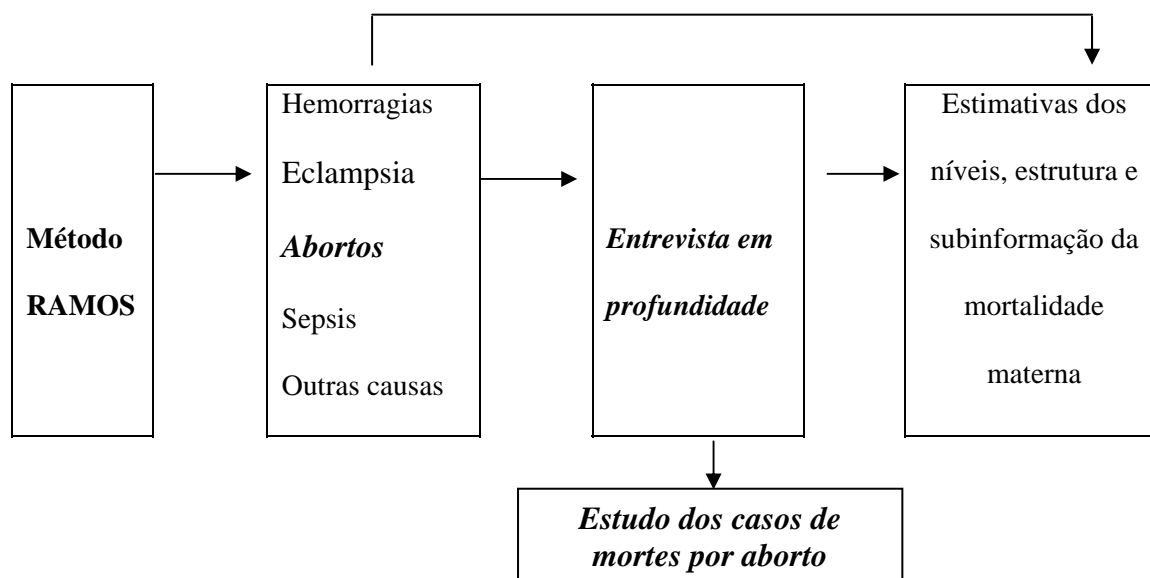
Estudos sobre as estimativas de aborto inseguro e sobre a magnitude e distribuição da mortalidade por aborto são cada vez mais freqüentes. No entanto, poucos são aqueles que descrevem como as mulheres em processo de abortamento, seja este espontâneo ou induzido, morrem dentro dos serviços de saúde. Este estudo discute como e porque essas mortes por aborto persistem como uma das causas de mortalidade materna em Pernambuco. E dessa forma, espera contribuir para sua prevenção, em um contexto adverso tanto no que se refere à saúde sexual e reprodutiva das mulheres como em relação às leis restritivas ao aborto.

Métodos

Este estudo é parte de um estudo descritivo que buscou estimar a mortalidade materna em quatro meso-regiões de Pernambuco em 2003. A primeira etapa constou da aplicação do método RAMOS (*Reproductive Age Mortality Study*), que se baseia na identificação de mortes maternas dentre as mortes de mulheres em idade reprodutiva utilizando registros de hospitais, serviços de necropsia e entrevistas domiciliares. Entrevistas em profundidade com os familiares e de profissionais de saúde que atenderam as mulheres falecidas por aborto representou a etapa deste estudo, de acordo com a Figura 1. ⁽²¹⁾

A população estimada para Pernambuco em 2003 foi 8.161.028 habitantes, sendo 33% são mulheres em idade reprodutiva, distribuídas em cinco meso-regiões político-administrativas: Metropolitana, Mata, Agreste, Sertão e São Francisco. As mesorregiões são distintas no que se refere às características socioeconômicas, cobertura e qualidade dos serviços de saúde e dos sistemas de informação. A região metropolitana do Recife concentra 45% da população e a maioria dos serviços de referência em assistência obstétrica do estado, inclusive os serviços de aborto legal.

Figura 1 – Modelo utilizado no estudo da morte por aborto em Pernambuco, Brasil.



A coleta de dados foi realizada em uma região administrativa de saúde (GERES) de cada mesorregião, entre junho de 2003 a setembro de 2004. 1.258 atestados de óbito de mulheres em idade fértil foram investigados e ao final 54 óbitos foram classificados como maternos. Sete óbitos referiam história de aborto, dos quais, três foram confirmados como óbitos por aborto (causa obstétrica direta) e um como suicídio (causa não obstétrica) cometido após várias tentativas de interromper a gravidez.

Para cada uma dessas mortes (confirmadas) por aborto, foi realizada uma segunda investigação entre dois e doze meses depois de sua ocorrência. Familiares de cada uma das mulheres falecidas foram contatadas e uma nova entrevista marcada em seus municípios de residência. Companheiros, pais, irmãs, mães, amigos e sogras foram entrevistados. Foi-lhes solicitado confirmar os aspectos sócio-demográficos, condições de vida e saúde e história

reprodutiva. Em seguida, foi-lhes perguntado sobre questões relacionadas ao processo de abortamento, ao acesso e qualidade dos serviços de saúde e às circunstâncias da morte. Todas as mortes relacionadas ao aborto foram discutidas pelo Grupo Técnico do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna e seguiram os mesmos procedimentos utilizados para classificar as outras mortes maternas incluídas no estudo maior (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão, 1994).

A análise dos casos foi realizada usando os programas Epi-info, a partir dos questionários (Q1, Q2 e Q3) e complementada com os dados da última entrevista. Sete categorias foram identificadas e usadas para descrever as situações vividas pelas mulheres antes de morrer: características sócio-demográficas e de saúde reprodutiva, apoio social *versus* solidão; o processo de busca e momento do aborto; acesso e resolubilidade do atendimento; sentimentos e expectativas dos entrevistados e qualidade da informação nos atestados de óbito.

A pesquisa maior foi aprovada pelo *Institutional Review Board* (EUA) e seguiu todas as recomendações da Portaria 087/95, que regulamenta a vigilância do óbito materno no estado de Pernambuco. Todas as pessoas entrevistadas eram maiores de 18 anos e assinaram um termo de consentimento informado. Os nomes utilizados foram fictícios.

Resultados

Quatro mulheres morreram por aborto nas regionais de saúde estudadas. Elas tinham entre 18 e 27 anos (*Carol* 18 anos, *Diane* 21 anos, *Flávia* 25 anos e *Elisabete* 27 anos). As duas mais jovens eram estudantes, uma agricultora e a outra dona de casa. Todas as mulheres tinham mais de sete anos de escolaridade, duas eram negras e duas pardas. Três mulheres eram residentes de uma única regional de saúde, no sertão do estado; duas delas eram de uma mesma cidade e morreram no mesmo mês; a quarta mulher era do Recife. Todas tinham companheiro, marido ou

namorado e também estavam morando perto de um membro da família à época da morte. Duas delas já tinham tido filhos nascidos vivos, mas para as outras duas, aquela era primeira gravidez. Apenas uma das mulheres falecidas teve aborto espontâneo.

Elizabeth não tentou abortar porque nós estávamos tentando ter um menino, nós temos três meninas. O aborto foi natural, ela tentou segurar o bebê (companheiro de Elizabeth).

Um caso de suicídio, que não foi classificado como morte materna para respeitar as definições do CID (10ª Revisão), foi considerado como morte por aborto neste estudo devido ao contexto no qual este ocorreu. Era uma jovem que morava com os pais e de acordo com os mesmos, ela não tinha tido qualquer “problema emocional” ou depressão. Ela ingeriu *organofosforado* (popularmente conhecido por chumbinho), um carbamato raticida descrito nos laudos de necropsia de mulheres suicidas. ⁽²²⁾

Ela era uma garota feliz e saudável, estava estudando e trabalhando, tinha um namorado e eles estavam juntos há um ano. Mas, ultimamente ela estava nervosa. Eu poderia dizer que ela estava sofrendo... (mãe).

Apoio Social versus Solidão

As mulheres que tentaram interromper a gravidez o fizeram em segredo, sem pedir ajuda ou apoio de seus companheiros, amigos ou pais. Elas também não pediram ajuda a nenhuma dos entrevistados, apenas à pessoa que as ajudaria a fazer o aborto; utilizaram ervas medicinais,

procuraram o farmacêutico e usaram drogas, sozinhas. A mãe da mulher que cometeu suicídio ouviu falar de uma possível gravidez e, segundo ela, tentou intervir.

“Eu recebi uma carta anônima dizendo que Diana estava grávida, eu perguntei a ela e ao namorado, eu insisti, mas eles negaram o tempo todo. Eu acho que ela tinha medo que nós soubéssemos. Ela tinha envergonha de contar que estava grávida, mas nós entenderíamos e poderíamos ter ajudado. Só depois que ela foi para o hospital o namorado dela confirmou a gravidez. Eu não sei se ele a ajudou, sei apenas que ele sabia da gravidez (mãe).

Nós (minha mulher e eu) não sabíamos que ela estava grávida. Ela só tinha dezoito anos e depois que a mãe dela morreu, ela morava com o irmão. Eu estava trabalhando fora com minha nova esposa. Depois de sua morte, alguém me contou que ela procurara uma mulher que deu lhe remédios, mas eu não sei direito. Tudo que eu sei é o que as pessoas comentaram... (pai).

Ela fez tudo sozinha, ela sabia que nós não iríamos apoiar aquilo. Ela tinha uma família, um marido e três crianças. Até agora nós não conseguimos entender porque ela decidiu procurar por uma pessoa para fazer um aborto... (irmãs).

A busca pela interrupção da gravidez

Dentre as três mulheres que tentaram interromper a gravidez, apenas duas conseguiram. Diana, que cometeu suicídio, tentou abortar usando diferentes métodos, mas morreu grávida. Carol e Flávia, que eram da mesma cidade no sertão do estado, procuraram a mesma pessoa, uma auxiliar de enfermagem, que ajudava mulheres a abortar por aproximadamente R\$ 200,00 na época.

Flavia pagou R\$ 200,00 para a pessoa para introduzir uma sonda em seu útero com “a substância”. Esta mulher aconselhou-a a ficar em casa até perder o feto. Ela procurou o hospital dois dias depois porque estava se sentindo mal, mas não falou sobre a tentativa de aborto, nem mesmo para os médicos (irmãs).

Carol usou ervas medicinais e não teve sucesso, então ela procurou uma pessoa que fizesse aborto. Ela expeliu em casa, como ouvi dizer. Eu não sei como ela pagou por isso, porque um aborto deve custar muito caro (companheira do pai).

Diana tentou água inglesa (um tônico popular feito de quinino usado para “limpar o útero”, particularmente depois de curetagem e parto e que também é usado para “forçar a menstruação”), analgésico com café, ginecoside (um hormônio usado pelas mulheres como teste de gravidez) e misoprostol para abortar... e acabou tomando “chumbinho”, um veneno de rato (mãe e irmãs).

Momento da interrupção da gravidez

As tentativas de aborto ocorreram ao redor de doze semanas de gravidez. De acordo com os registros da necropsia da mulher que cometeu suicídio, ela tinha por volta de 20 semanas. Carol estava com doze semanas e Flávia com dezesseis. Não havia informação sobre o tempo de gestação nos registros do hospital da mulher que teve um aborto espontâneo, porém, com base em seu teste de gravidez positivo e algumas informações adicionais, foi possível estimar uma gestação de pelo menos onze semanas.

Assim que ela recebeu o teste (de gravidez), ela começou o pré-natal. Eu acho que ela fez uma ou duas consultas. Na última, ela fez um ultra-som e foi direto para o hospital, isso é tudo que eu sei....(companheiro)

Ela já tinha começado o pré-natal e fez alguns exames. Eu acho que ela estava entre quatro e cinco meses de gestação. Tudo estava caminhado tão bem... (irmãs).

Acesso e resolubilidade dos serviços de saúde

Todas as três mulheres que abortaram procuraram cuidados de saúde mais de uma vez antes de morrer. Todas foram a um hospital local e foram atendidas. Algumas tentaram receber tratamento várias vezes por causa do aborto incompleto. Duas morreram no hospital de referência, para onde foram encaminhadas, e uma morreu no hospital municipal.

Carol esperou em casa pela eliminação do feto, e só então, ela foi para o hospital municipal. Lá ela foi submetida a uma curetagem, mas permaneceu se sentindo mal. Duas

horas depois recebeu alta, no entanto, continuou sangrando e reclamando de dor na barriga e voltou ao hospital. Lá, ela passou a noite se passando mal e morreu pela manhã. Ela deveria ter sido encaminhada para o hospital de referência, como sempre fazem. Eu acho que eles foram negligentes com ela...(profissional de saúde local).

Duas horas depois que chegou ao hospital, ela foi transferida para o hospital de referência, estava com febre e sangramento. Ela chegou ao hospital de referência às 18:45 h. Segundo a enfermeira, ela deu entrada na enfermaria da maternidade sangrando, sem pressão arterial e febre de 38° C. Os registros da sala de parto mostraram que ela fez uma curetagem às 8:20 h do dia seguinte, 14 horas depois de sua entrada. Na mesma hora ela foi levada a UT em parada cardíaca e morreu às 8:40 h. (irmãs de Flávia e enfermeiras do hospital).

Elizabeth chegou ao hospital de referência às 14:50 h, trazendo um ultra-som que mostrava “útero com conteúdo amorfo e áreas líquidas” e um teste de gravidez positivo. Seu estado geral de saúde era considerado bom pelo médico que a internou. Seu diagnóstico era aborto incompleto. Ela fez uma curetagem às 6:45 h, sem intercorrências. Trinta minutos após, ela apresentou parada cardíaca. De acordo com os registros do hospital ela recebeu os cuidados necessários prontamente e foi transferida para a UTI, onde recebeu atendimento e tratamento de urgência da equipe médica. Faleceu às 4:20 h (registros do hospital).

O caso de tentativa de suicídio foi o mais difícil de acompanhar e demonstra claramente as dificuldades de um grande serviço de emergência em garantir uma assistência integral a uma mulher em idade reprodutiva. Inicialmente, ela foi internada na unidade toxicológica de um serviço de referência, no entanto, a equipe médica só “descobriu” que ela estava grávida, três dias depois de sua entrada no hospital. E o mais intrigante é que mesmo diante de uma gravidez em torno de vinte semanas, no prontuário não havia relato ou investigação sobre a condição de viabilidade fetal. Paralelamente, ela estava usando antibióticos para tratar uma infecção desconhecida, e mais uma vez, não havia informações e/ ou investigações sobre uma possível relação infecção – feto morto - gravidez. Antes de morrer ela recebeu alta da unidade de toxicologia, o que significa que estava curada da intoxicação pelo chumbinho. Ela morreu na UTI, sem que os médicos assistentes identificassem as causas da infecção. Por sua vez, o médico legista do IML atestou óbito como de causa indeterminada.

Percepções e expectativas dos (as) entrevistados (as) sobre o aborto

Em geral, as famílias não tiveram dificuldades de falar sobre ocorrência das mortes, com exceção do companheiro da mulher que morreu por aborto espontâneo. Este estava confuso e tinha poucas informações. Os outros estavam tristes, desapontados e às vezes com raiva. As famílias das mulheres que induziram aborto sentiam-se desconfortáveis porque a causa da morte se tornara pública e as pessoas da cidade passaram muito tempo comentando. Todas as pessoas entrevistadas reclamaram da falta de comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias, especialmente dos médicos.

Eles referiram aborto como algo perigoso para as mulheres e como um crime, mas só para quem os realizava. Eles não consideravam a mulher que se submetia a um aborto como uma criminosa, mas como alguém que precisasse de ajuda. Uma das entrevistadas chegou a dizer que

aborto era uma questão privada e não um assunto público. A única reação contra o aborto em si veio das irmãs de Flávia. Elas disseram que estavam processando a mulher que ajudou a irmã durante o aborto e mostrou um documento da delegacia de polícia local.

O médico foi muito rude enquanto ela estava no hospital; ele a tratou muito mal...
(irmãs de Flávia).

Eu não sabia que ela estava no hospital nem o que estava acontecendo, ela só tinha 18 anos... eles me ligaram para contar que ela morreu. Isso foi um choque...(pai de Carol).

Eu só sei que depois do ultra-som ela foi para o hospital de referência, então eles me telefonaram dizendo que ela tinha morrido. Aquilo foi um pesadelo....(companheiro de Elizabete).

Aborto é sempre perigoso; você pode cair em mãos erradas e simplesmente morrer. Eu não quero pensar mais sobre essas coisas...(pai da Carol).

Nós estamos processando a mulher que fez o aborto. Ela deve aprender que isso é crime. Ela foi responsável por duas mortes. Eu ouvi dizer que ela fez os registros do hospital desaparecer, eu creio que ela devia ter influência com certos funcionários da saúde...(irmãs de Flávia)

Qualidade da informação

Surpreendentemente, todas as mortes relacionadas ao aborto foram informadas nos atestados de óbito. Somente o caso de tentativa de suicídio foi classificado como uma causa de morte indeterminada, e tanto o suicídio quanto a gravidez foram identificados pelos registros da necropsia. Apesar das mortes relacionadas ao aborto terem sido bem descritas pelos médicos que assinaram os atestados, os registros das duas mulheres que induziram abortos estavam perdidos. Os registros dos hospitais (local e de referência) desapareceram inexplicavelmente do SAME (arquivo de registros médicos). Os coordenadores de epidemiologia e o pesquisador principal tentaram sem sucesso encontrá-los. No hospital local o nome e a hora de entrada de cada mulher foi encontrado no livro da sala de emergência. No hospital de referência, cópias dos relatórios das enfermeiras da maternidade e da sala de parto foram obtidos para prosseguir a investigação. Por outro lado, para o caso de aborto espontâneo, todos os registros estavam disponíveis e completos, incluindo uma grande explicação sobre complicações na anestesia após a curetagem, e o atestado de óbito estava bem preenchido.

Nós ainda estamos esperando acesso aos registros hospitalares de Flávia. Já enviamos dois pedidos ao diretor e até agora não tivemos resposta...(técnico de epidemiologia).

A lista das mulheres atendidas foi o único registro que eu pude encontrar no hospital. Ninguém viu os registros, eles sumiram (técnico de epidemiologia).

Discussão

Todas as mortes relacionadas ao aborto foram consideradas evitáveis pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna, incluindo a resultante de um aborto espontâneo e a tentativa de suicídio. A morte por aborto espontâneo decorreu de falhas na assistência pós-aborto imediata, dentro de um hospital de referência. O suicídio, apesar de não compor as estimativas de mortalidade materna para 2003, por causa dos limites da Classificação da CID 10th Revisão, foi incluído para pontuar a relação aborto ilegal e suicídio.

Casos de mulheres jovens e adolescentes que tentaram e /ou cometeram suicídio para esconder uma gravidez não desejada têm sido descritos na literatura e identificados nas investigações de óbitos maternos em Pernambuco.⁽¹⁹⁾ Um estudo realizado em Moçambique com o objetivo de estudar as mortes violentas na gravidez, identificou que 20% das mulheres tinham história de abortos, duas morreram por suicídio.⁽²³⁾ Dois casos de suicídios em adolescentes por ingestão de pesticidas no primeiro trimestre de gestação, foram descritos em Morelos, no México.⁽²⁴⁾ Tais achados têm levado outros autores^(25, 26) a classificar os suicídios que ocorrem nestas circunstâncias como uma morte materna, considerando a existência de uma gravidez indesejada como a verdadeira causa da morte.

As duas outras mulheres com aborto induzido moravam na mesma cidade do interior do estado, onde as ações de saúde reprodutiva eram limitadas à assistência pré-natal e prevenção de câncer de colo, ambos com baixa cobertura e qualidade. Uma delas era casada, tinha três filhos e estava usando o aborto para limitar o tamanho da família. A outra era uma adolescente, tentando interromper uma primeira gravidez não desejada.

Em geral, as mulheres buscaram interromper suas gravidezes sozinhas, entretanto, seus familiares disseram que entenderiam e seriam solidários, exceto uma delas que revelou que não entendia as razões do aborto e negaria seu apoio. Um estudo realizado na África do Sul, onde o

aborto foi legalizado em 2001, mostrou que 21% das mulheres não discutiram suas decisões de fazer um aborto com ninguém, 33% com seus parceiros e 25% com outra pessoa da família. ⁽²⁷⁾

Todas as mortes relacionadas ao aborto ocorreram depois de onze semanas de gestação e duas delas estavam entre dezesseis e vinte semanas, quando o risco é reconhecidamente maior. A incerteza ou negação da gravidez, as dúvidas e os riscos em fazer um aborto, questões econômicas, informações insuficientes sobre serviços de aborto disponíveis (aborto legal), somados a leis restritivas são, em geral, responsáveis pelo adiamento da interrupção da gravidez. ⁽²⁷⁾

As mulheres procuraram e foram atendidas em serviços de saúde (locais ou de referência) com tempo para que suas complicações fossem tratadas. Os poucos registros e as entrevistas mostraram falta de cuidado e negligência no atendimento aos abortos incompletos. Uma das mulheres passou toda uma noite com sinais de infecção em um hospital local que era despreparado para atendê-la e a outra, foi transferida para um hospital de referência, mas esperou por quatorze horas sangrando, antes se submeter a qualquer intervenção. Para elas, o acesso ao serviço de saúde não garantiu tratamento adequado.

A literatura descreve casos de mulheres sangrando por várias horas, realização de curetagem sem anestesia, mulheres sendo insultadas e desrespeitadas durante um abortamento, profissionais da saúde agindo como juízes e ausência de comunicação entre os profissionais e as mulheres. ^(9;10) Os registros de enfermagem, da sala de internação e da sala de parto, acrescidos de relatos das famílias revelam falta de presteza, descontinuidade e descaso no tratamento do aborto incompleto, numa total desvinculação da Norma Técnica para o Atendimento Humanizado ao Abortamento, proposta pelo Ministério da Saúde. ⁽²⁸⁾

Os sentimentos das famílias sobre o aborto eram confusos e uma delas decidiu processar a pessoa que ajudou a mulher a fazer o aborto, no entanto, eles pouco sabiam sobre legislação

brasileira em relação ao aborto legal. Como o fato se tornou público, não foi possível saber se eles falaram o que eles sentiam ou se eles estavam se protegendo da exposição a que haviam sido submetidos.

Embora seja consenso que mortes por aborto são em geral subinformadas, ^(18; 19) as mortes aqui estudadas foram todas registradas no atestado de óbito, caracterizando-se como mortes maternas declaradas. Ao mesmo tempo, os prontuários das mulheres desapareceram, prejudicando a avaliação da assistência hospitalar.

A publicidade desses casos e as condições de insegurança nas quais os abortos foram induzidos poderiam ter impellido os médicos a registrar o aborto como a causa básica da morte. Pois, informar que os abortos foram induzidos e que as mulheres foram ativas naquele processo de adoecimento, de certa forma, poderia mascarar a falta de cuidado prestada pelos serviços de saúde. Ou seja, se as mulheres com abortos induzidos buscaram serviços de saúde com complicações de abortamento induzido, em certa medida, as mesmas seriam co-responsáveis pelo fracasso do tratamento, que as levou a morte. O mesmo olhar poderia ser estendido à mulher que teve um aborto espontâneo. O relato bem feito de um “acidente anestésico” pós-curetagem como causa básica da morte, poderia omitir falhas no monitoramento da sala de recuperação pós-anestésica.

Portanto, as mortes relacionadas ao aborto ocorreram em circunstâncias nas quais informar o aborto como causa básica poderia minimizar a responsabilidade dos serviços de saúde e dos próprios profissionais. Além disso, exceto para o aborto espontâneo, não houve registros médicos que mostrasse como foram conduzidos os tratamentos das complicações dos abortos induzidos.

Embora esses casos representem 5,6% das mortes maternas em Pernambuco em 2003, foram a principal causa de morte materna numa regional do sertão; demonstrou ainda as

dificuldades das mulheres em regular sua fecundidade e a incapacidade dos serviços de assistência obstétrica em resolver complicações esperadas de abortos incompletos, mesmo os serviços de referência. Tudo isso, tendo como pano de fundo a condição ilegalidade do aborto, que de certo modo, legitima a forma descuidada e preconceituosa como os profissionais de saúde tratam as mulheres em abortamento, desrespeitando seus direitos sexuais e reprodutivos. Esse estudo, portanto, espera contribuir para melhorar a qualidade da assistência à saúde reprodutiva, em especial ao atendimento ao aborto incompleto no estado e fazer uma reflexão sobre os efeitos da criminalização do aborto sobre a morbimortalidade materna no Brasil.

Referências:

1. Henshaw SK, Susheela S, Haas T. The Incidence of Abortion Worldwide. *International Family Planning Perspective* 1999; 25 (Supplement):30-38.
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Àhaman E, Shah IH. Induced Abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370:1338-45.
3. Khan SK, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu, AM, Look PFAV. WHO analysis of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006; 367 (9516): 1066-74.
4. Ramos S, Romero M, Karolinsk A, Mercer R, Insua I, Fortuna CR. Para que cada muerte importe. Ministerio da Salud e Ambiente de La Nación – Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES, 2004; 1ª Edición.

5. Brasil Código Penal: decreto lei No. 2848 de 7/12/1940, 34^a ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
6. Brazil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações em Saúde. DATA-SUS, <http://www.saude.gov.br/> (acessado em fevereiro /2003).
7. Monteiro M, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2006; Caxambu, Minas Gerais – Brasil.
8. Lucas d'Oliveira, AFR, Diniz SG, Schraiber LB. 2002. Violence Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem. The Lancet, 2002, 359: 1681- 1685.
9. Steele C, Chiarotti S. With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina. Reproductive Health Matters 2004; 12: (24 Supplement): 39-46.
10. Rede Feminista de Saúde. Dossiê mortes por aborto: por aborto, mortes evitáveis, 20005.
11. Royston E, Armstrong S. Preventing Maternal Mortality. Geneva, World Health Organization, 1989.
12. Faúndes A, Barzelatto J. O Drama do Aborto: em busca de um consenso. Campinas, São Paulo: Editora Komeli; 2004.

13. Berer, M. 2005. Medical Abortion: A Fact Sheet. *Reproductive Health Matters* 2005; 13 (26): 20-24.
14. Nations, MK, Chizuru M, Fonseca W, Correia LL, Campbell O. Women's Hidden Transcripts about Abortion in Brazil. *Social Science and Medicine* 1997; 44: 1833-1845.
15. Berer M. National Laws and Unsafe Abortion: The Parameters of Change. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24 Supplement): 1-8.
16. World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000; Geneva, 4th edition, 2004.
17. Brasil.Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006. Uma análise da desigualdade, Brasília.
<http://www.saude.gov.br/bvs>.
18. Albuquerque R. Estudo da Mortalidade Materna no Recife, 1992-1993 [Tese de Doutorado]. São Paulo: NEPO, UNICAMP; 1994.
19. Valongueiro, SA. 1996. Mortalidade Materna em Pernambuco: um estudo quantitativo e qualitativo [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte, CEDEPLAR, Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.
20. Miranda-Ribeiro P, Caetano AJ, Santos TF. SRSR - Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça /Cor. Relatório Descritivo. Belo Horizonte, Editor UNFPA; 2004.

21. Valongueiro, AS. Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What has changed in ten years? *Reproductive Health Matters* 2007; 15 (30): 134-144.
22. Moraes, ACL. Contribuição para o estudo da intoxicação humana por carbamatos: o problema do “chumbinho” no Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ; 1999.
23. Rizzi RG, Códoba RR, Maguna JJ. Maternal mortality due to Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998; 63 (Supplement): S19-S24.
24. Walker D, Campero L, Espinoza H, Hernández B, Anaya L, Reynoso S, Langer, A. Deaths from Complications of Unsafe Abortion: Misclassification Second Trimester Deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12 (24) Supplement: 27-38.
25. Granja, AC, Zacarias E, Bergstrom S. Violent Deaths: The hidden face of maternal mortality. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 109: 5-8.
26. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2005, 17, No. 2.

27. Cooper D, Dickson K, Blanchard K, Cullingworth L, Mavinbell N, Mollendorf C et al.
Abortion: The possibilities for Introducing in the Public Sector in South Africa.
Reproductive Health Matters, 2005, 13 (26) 35-43.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Norma Técnica para o
Atendimento Humanizado ao Abortamento, Brasília, 2005.