

**MORTALIDADE POR ABORTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA-  
1996 A 2005**Abortion mortality in the Santa Catarina State from 1996 to  
2005Mortalidad materna asociada al aborto en el estado de Santa  
Catarina - 1996 a 2005Maria de Lourdes de Souza<sup>1</sup>Luiz Alberto Peregrino Ferreira<sup>2</sup>Diego Burgardt<sup>3</sup>Marisa Monticelli<sup>4</sup>Maria Bettina Camargo Bub<sup>5</sup>**RESUMO**

A mortalidade materna associada ao aborto revela as condições sociais da mulher. Este estudo, exploratório-descritivo, tem o objetivo de identificar o perfil das mulheres que tiveram morte associada ao aborto no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2005. As fontes para a coleta dos dados foram: o Sistema de Informações sobre Mortalidade e o Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde do Brasil. Foram encontradas 31 mortes maternas associadas ao aborto; destas, 51,61% ocorreram em mulheres casadas; 38,71% das mulheres tinham de 1 a 8 anos de escolaridade, e para 48,39% o grau de instrução foi registrado como ignorado. Os dois valores mais elevados da razão de mortalidade materna foram encontrados na Região Oeste, 5,148, e na Região Norte, 4,761.

Palavras-chave: Aborto. Causa de Óbito. Mortalidade Materna.

**Abstract**

The Maternal Mortality associated with abortion reveals woman social conditions in life. The goal of this exploratory and descriptive study is to identify the profile of women who have had death associated with abortion in the Santa Catarina State during the period of 1996 to 2005. The source of data collection was the Information System on Mortality and the Information System of Live Newborns from the Brazilian Ministry of Health. The authors analyzed 31 maternal deaths associated to abortion, 51.61% was married women; 38.71% had between one to 8 years of study and 48.39% had a level of schooling ignored. The West and the North Region of Santa Catarina State were the regions in which the Maternal Mortality Ratio (MMR) was higher, 5.148 and 4.761 respectively.

**Resumen**

La mortalidad materna asociada al aborto revela las condiciones sociales de la mujer. El objetivo de este estudio exploratorio descriptivo es identificar el perfil de la mujer con muerte asociada al aborto en el estado de Santa Catarina, en el período de 1996 hasta 2005. Las fuentes para la colecta de los datos fueron el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad y el Sistema de Informaciones sobre los Nacidos Vivos, del Ministerio de la Salud de Brasil. Fueron analizadas 31 muertes maternas asociadas al aborto, de estas 51,61% ocurrieron en mujeres casadas; 38,71% tenían de 1 a 8 años de escolaridad, y 48,39% grado de instrucción ignorado. En la región Oeste del estado fue observada la razón de mortalidad materna de 5,148, seguida de la Región Norte con 4,761.

Keywords: Abortion. Cause of deaths. Maternal mortality.

Palabras-claves: Aborto. Causa de óbito. Mortalidad materna.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) E Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando. Coordenadora Geral da Rede de Promoção ao Desenvolvimento da Enfermagem (REPENSUL). Vice-Presidente do Comitê de Mortalidade Materna do Estado de Santa Catarina (CEMMA). E-mail: [lourdesr@repensul.ufsc.br](mailto:lourdesr@repensul.ufsc.br) e [repensul@uol.com.br](mailto:repensul@uol.com.br) <sup>2</sup>Professor do Departamento de Análises Clínicas, do Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Aluno de Doutorado do PEN/UFSC. <sup>3</sup>Médico Graduado pela UFSC. Ex-bolsista do Projeto Mortalidade de Adolescentes e junto ao CEMMA. <sup>4</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). <sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Doutorado Sanduíche pela Universidade de Linköping, Suécia. Docente e Coordenadora de Intercâmbios e Convênios Internacionais do PEN/UFSC. Líder do Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde (NEFIS).

## INTRODUÇÃO

O abortamento é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, em que cerca de 30% das gestações terminam em abortamento<sup>1</sup>.

No Brasil, as complicações do aborto aparecem entre as principais causas de morte de mulheres, pois, devido ao fato de o aborto ser considerado criminoso, ocorre na clandestinidade, sob condições precárias de assistência, principalmente para mulheres de baixo poder aquisitivo<sup>2</sup>. Realizado em condições seguras, em países onde a prática é considerada legal, raramente causa mortalidade materna (MM)<sup>3</sup>.

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado aborto o término da gestação antes da 22ª semana, com o feto pesando menos de 500 gramas, ou seja, a expulsão antes da viabilidade do conceito<sup>4</sup>.

Atualmente, o aborto é tratado pela legislação brasileira como crime, previsto nos artigos 124 e 128 do Código Penal vigente, desde o ano de 1940. A legislação caracteriza três modalidades de aborto: o provocado pela gestante; o provocado por terceiro, sem o consentimento da gestante, e o provocado por terceiros, com consentimento da gestante. A Lei define como lícita a prática do aborto em duas situações: quando a gravidez resulta de estupro e há o consentimento da gestante ou de seu responsável legal, aborto sentimental, ou o aborto necessário ou terapêutico<sup>5,6</sup>.

Estima-se que a cada 1.000 mulheres com idade reprodutiva entre 10 e 49 anos, 30 praticam abortos inseguros na América Latina e Caribe. A gravidade desse problema é representada pela alta mortalidade, uma vez que esta ocorre em cerca de 21% em países da América Latina e em 13% no contexto mundial<sup>4,7</sup>.

No Brasil, o aborto representa 10% a 15% dos óbitos maternos. Apesar de existirem restrições legais, estima-se que em cada 1.000 mulheres em idade fértil, 18 já portavam alguma seqüela de aborto e, de cada quatro que haviam se submetido a um aborto clandestino, uma já havia sido internada por complicações que resultaram na esterilidade ou até mesmo na morte<sup>8</sup>.

A Razão da Mortalidade Materna associada ao aborto é um indicador das condições sociais da mulher, da sua educação, da renda familiar e do seu acesso aos serviços de saúde<sup>9</sup>.

O aborto é um ato de risco e que atenta contra a própria vida, mas a prática do aborto é determinada socialmente e em geral associada às condições financeiras e de educação<sup>1</sup>.

Identificar o perfil das mulheres cujas mortes estiveram associadas ao aborto no Estado de Santa Catarina é uma contribuição para mostrar a realidade com a qual convive a mulher e refletir sobre o atendimento a elas prestado nos serviços de saúde do Estado.

## OBJETIVOS

Identificar o perfil das mulheres que tiveram morte associada ao aborto no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2005.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, em que são relatados os aspectos quantitativos acerca das mortes associadas ao aborto, de mulheres com idades entre 10 e 49 anos, ocorridas no Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2005. Os dados foram coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)<sup>10</sup>.

Os óbitos foram identificados a partir da causa codificada com suporte da décima edição da CID<sup>11</sup>, na qual são definidos os diagnósticos acerca do aborto. Foram excluídas a gestação ectópica, a mola hidatiforme e outros produtos anormais da concepção.

A sistematização dos dados foi realizada em planilha eletrônica, assim como os cálculos. A razão de mortalidade materna (RMM) foi calculada pela divisão entre o número de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, cuja causa de óbito esteve associada ao aborto, e o número de nascidos vivos, filhos de mulheres nesta mesma faixa etária, multiplicado por 100.000. A RMM foi calculada por região, respeitada a distribuição dos óbitos e nascimentos.

## RESULTADOS

No período de 1996 a 2005, em Santa Catarina, foram identificadas 31 mortes maternas associadas ao aborto de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, sendo que 83,87% foram de mulheres com idades entre 20 e 39 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição por faixa etária de mortes maternas associadas ao aborto em mulheres com idade entre 10 e 49 anos, ocorridas no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2005.

Faixa etária e total	Morte materna	
	Número	Percentual
10 a 19 anos	4	12,90
20 a 29 anos	14	45,16
30 a 39 anos	12	38,71
40 a 49 anos	1	3,23
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

A distribuição das mortes segundo a escolaridade das mulheres é apresentada na Tabela 2. Do total, não foi possível identificar a escolaridade na maior parte dos óbitos analisados, seja por não haver o dado registrado (6,45%) ou pelo registro como escolaridade ignorada (48,39%). Do total, somente 6,45% das mulheres tinham escolaridade igual ou superior a 9 anos.

Tabela 2 - Mortes maternas associadas ao aborto, segundo a escolaridade das mulheres com idade entre 10 e 49 anos, ocorridas no Estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2005.

Escolaridade	Morte materna	
	Número	Percentual
Sem Informação	2	6,45
1 a 8 anos	12	38,71
9 a 11 anos	2	6,45
Ignorado	15	48,39
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

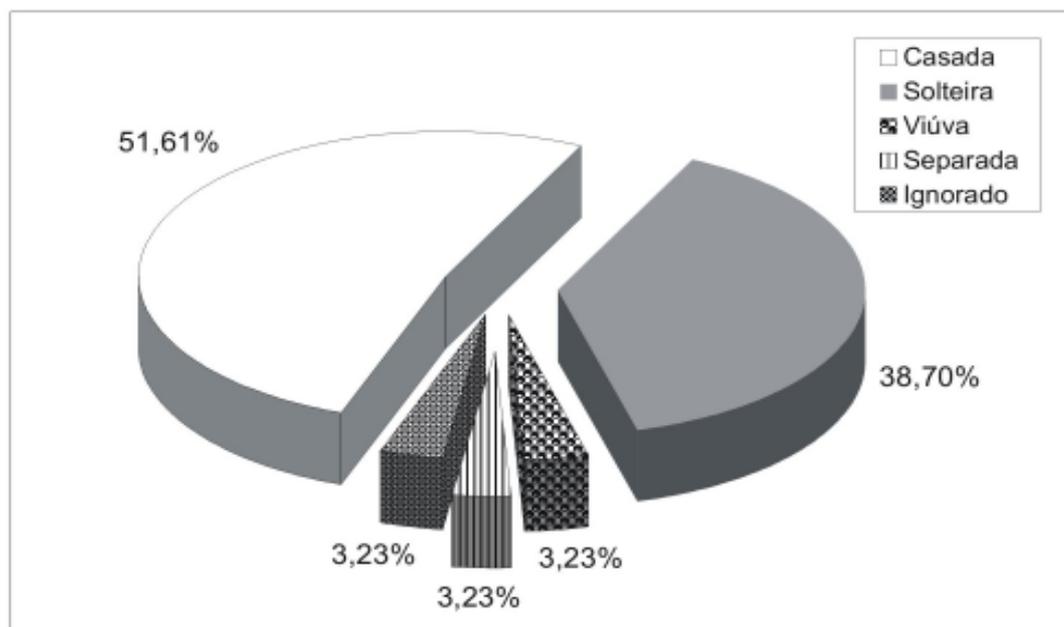
A Razão da Mortalidade Materna associada ao aborto, de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, nas regiões de Santa Catarina, durante o período de 1996 a 2005, foi maior na Região Oeste, com valor de 5,148, e menor na Região Serrana, onde o valor foi de 1,314 (Tabela3).

Tabela 3 - A Razão da Mortalidade Materna associada a aborto, em mulheres com 10 a 49 anos de idade, nas regiões do Estado de Santa Catarina, no período de 1996 a 2005.

Região	Número de mortes	Número de Nascidos		Razão da mortalidade materna
			vivos	
Serrana	1		76.126	1,314
Sul	2		129.215	1,548
Grande Florianópolis	3		125494	2,390
Vale do Itajaí	6		196.319	3,056
Norte	9		189.033	4,761
Oeste	10		194.247	5,148
<b>Total</b>	<b>31</b>		<b>2.039.534</b>	<b>1,519</b>

A distribuição das mortes associadas ao aborto de acordo com o estado civil é apresentada no Gráfico 1, sendo que 51,61% dos óbitos foram de mulheres casadas.

Gráfico 1 - Percentual de óbitos associados ao aborto em mulheres com idade entre 10 e 49 anos, segundo o estado civil, no período de 1996-2005, no Estado de Santa Catarina



## DISCUSSÃO

No Brasil, onde as indicações do aborto legal são restritas, há registro inadequado de sua ocorrência, o que dificulta o cálculo da razão de mortalidade materna (RMM) por esta causa. Os dados no Brasil são obtidos dos registros de internações decorrentes das complicações do aborto e dos dados de declaração de óbito (DO)<sup>7, 10</sup>. As mortes maternas (MM) são subnumeradas, e, quando a causa está associada ao aborto, em geral é declarada como hemorragia ou infecção<sup>12</sup>. Dessa forma, as mortes associadas ao aborto contribuem para aumentar o sub-registro da mortalidade materna e, também, para a classificação em outras causas de óbito<sup>5</sup>.

No Brasil, cerca de 12 % das mortes maternas estão associadas ao aborto<sup>6</sup>. Na cidade de Porto Alegre (RS), a infecção pós-aborto teve um percentual de 15% das MM<sup>5</sup>, e, no Recife (PE), o abortamento constituiu 11,9% das causas de óbito materno, correspondendo à terceira causa de MM<sup>13</sup>. É o aborto inseguro a principal causa de mortalidade materna na América Latina e Caribe<sup>9</sup>.

Na realidade brasileira, o número de abortos é da ordem de 1,4 milhões por ano, correspondendo a uma razão de 23 abortos por 100 gestações, ressaltando-se a existência de sub-registro e da falta de informação precisa acerca de aborto espontâneo e aborto provocado. Acerca da mortalidade materna associada às complicações de aborto, esta oscila em torno de 12,5% do total de óbitos, ocupando o terceiro lugar entre suas causas<sup>14</sup>.

Para diminuir o impacto físico, psicológico e social da gestação, e evitar desta maneira que mulheres recorram a métodos abortivos que podem levá-las à morte, o planejamento familiar, incluindo a prevenção de gravidez não desejada, é prioridade na assistência à saúde da mulher<sup>15</sup>. Os dados do presente trabalho indicam que as mortes ocorreram em mulheres jovens, a exemplo de outros achados de que a idade das mulheres esteve compreendida entre 20 e 45 anos<sup>14</sup>.

O elevado percentual encontrado de mortes por aborto de mulheres casadas demonstra o equívoco do senso comum, segundo o qual há mais risco de abortamento nas mulheres com relacionamentos não estáveis.

Na literatura consultada, foram referidos como justificativas para o aborto a falta de condições financeiras e o não-preparo para levar a termo uma gestação. Muitas vezes o parceiro é contra a gestação, desencadeando o medo de desamparo na condição em que a mulher se encontra sensibilizada e fragilizada e se submete ao aborto<sup>1, 11</sup>.

No presente estudo, no que se refere à escolaridade das mulheres, foi observada a falta de preenchimento adequado das fontes de informação: as Declarações de Óbito (DO), as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e os prontuários das instituições de saúde. A falta de informação sobre escolaridade é um indicativo da falta de qualidade da assistência, porque o registro dos dados é um componente desta. O registro dos dados é um dos compromissos dos profissionais de saúde e,

muitas das vezes, pode subsidiar um novo diagnóstico; pode esclarecer um processo legal acerca da responsabilidade do serviço e/ou dos profissionais. A escolaridade serviria para identificar a condição social da mulher, haja vista que pode ser representativa da renda, quando esta não pode ser medida, e, além disso, há autores que encontraram uma associação entre aborto inseguro e escolaridade<sup>16</sup>.

Considerando-se que mais de 50% não tinham a escolaridade registrada, cabe perguntar: os profissionais e gestores de saúde estão conscientes de que o registro dos dados é parte da própria assistência? Estão preparados para analisar os dados registrados, transformá-los em informações e aplicar os resultados para cumprir com os direitos constitucionais acerca da saúde?

A falta de escolaridade pode ser um grande agravante para o desfecho do aborto em morte. Na literatura, há citação de que geralmente as mulheres só procuram por atendimento hospitalar adequado quando já estão com o estado de saúde debilitado e, muitas vezes, acabam sofrendo as piores consequências, que variam desde hemorragia até a morte<sup>13</sup>.

No Brasil, não raras vezes, sobretudo entre as mulheres de baixo poder aquisitivo, os casos de aborto espontâneo também são tratados com negligência por conta de preconceito e discriminação (parte-se do princípio de que foram provocados). Quando uma mulher chega a um hospital ou maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime<sup>16,79</sup>.

Além disso, nas estatísticas de mortalidade, os dados relacionados à hospitalização indicam o aborto como uma das principais causas de morte, e, no Brasil, a prática da interrupção da gravidez espelha as desigualdades sociais<sup>17</sup>.

No Estado de Santa Catarina, a RMM não foi menos freqüente na região onde há maior concentração dos serviços de saúde, ou seja, a resposta para as necessidades da população não se refere apenas ao aumento do número de serviços. Estudo acerca das necessidades sexuais e reprodutivas no Brasil também refere alta RMM e componentes da assistência que podem contribuir para que isso ocorra<sup>18</sup>. Demonstra ainda que a prevenção dessas mortes não ocorre de fato neste Estado.

## CONCLUSÕES

A Razão da Mortalidade Materna associada ao aborto expressa que apesar da existência de normas do Ministério da Saúde, a mulher é submetida a violências que mutilam seu corpo ou a levam à morte, diante da realidade social na qual está inserida.

É preciso que os serviços de saúde desenvolvam competência para exercitar com as mulheres a liberdade de escolha, o direito à confidencialidade, o não-julgamento, bem como os princípios explicitados na definição política do SUS.

A assistência deve ser um suporte para que a mulher viva, exercite seus direitos e supere seus limites, e não se constitua em mais um obstáculo, além daqueles que ela convive na sociedade, como a falta de oportunidades para o ingresso na escola e a superação de suas dificuldades de aprendizagem e de aplicação prática dos ensinamentos em sua vida diária.

No Brasil, as indicações do aborto legal são restritas, e, além disso, os profissionais, por diversas razões, não conhecem o que dispõe a legislação acerca dos direitos da mulher. Os profissionais devem ser preparados para reconhecer o conflito de interesses, mediante diferentes crenças religiosas ou outras, suas e das usuárias dos serviços de saúde, para encaminhá-las a outros serviços e assim cumprir com o que definem as normas, as leis e outros instrumentos regulamentadores dos direitos.

A morte materna associada ao aborto indica a existência de um evento que, legal e moralmente, não deveria existir, ou seja, nenhuma mulher deveria morrer, haja vista a existência de vários métodos que, disponibilizados, evitariam uma gravidez indesejada. Além disso, nenhuma mulher deveria morrer por falta de assistência, seja por uma complicação associada ao aborto ou por ter sido submetida a mais uma violência.

O contingente de mulheres que trabalham nos serviços de saúde é significativo e, deste, a grande maioria é enfermeira. Estas precisam por meio do cuidado de enfermagem contribuir para reduzir todo tipo de violência contra mulher. A enfermagem precisa reconhecer, e não compactuar com a violência do não-acolhimento da mulher, que chega ao serviço de saúde com uma complicação que gera dor e lhe são negadas as medidas para superação, ou precisa de suporte para sobreviver a uma decisão que lhe causa sofrimento e ainda pode ceifar-lhe a vida. Portanto, o profissional deve refletir no cuidado de enfermagem um envolvimento genuíno. As necessidades físicas devem ser atendidas, mas a mulher deve ser acolhida em sua totalidade. Isso implica em compreender o aborto no contexto existencial das mulheres, desvinculado do seu caráter de ilegalidade ou crime<sup>14</sup>.

É necessário também que os serviços cumpram com as definições do Ministério da Saúde, no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos das usuárias dos serviços de saúde, definidas pela Norma Técnica sobre a Atenção Humanizada ao Abortamento<sup>1</sup>.

Este trabalho é a primeira parte de um estudo mais amplo, mas já fornece subsídios para demonstrar que a violência contra a mulher se revela na morte, e que esta, embora possa ser evitada, ainda continua ocorrendo.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos . Caderno nº 4, Brasília (DF); 2005.
2. Chor D, Silva KS, Almeida MTC, Gama SGN, Tavares LS. Mulheres brasileiras... mortes invisíveis. [Editorial]. Cad Saude Publica 2007 ago; 23(8): 1750.
3. Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis- estrategias para su reducción. Rev Med Uruguay 2003;19: 188-200.
4. Valongueiro S. Mortalidade (materna) por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. In: Anais do 12º Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. [on-line]. Caxambu (MG) 2000 out; [citado out 2007] [aprox. 25 telas];. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/>>
5. Azambuja MRF. O aborto sob a perspectiva da bioética. Sociedade Rio-Grandense de Bioética- SORBI. [on-line] 2007 [citado out 2007] [aprox. 27 telas]. Disponível em <[www.sorbi.org.br/arqs/aborto.pdf](http://www.sorbi.org.br/arqs/aborto.pdf)>.
6. Faúndes A, Simoneti RM, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(1): 6-18.
7. Nascimento FM, Dantas MFS, Bezerra RLA, Nery IS. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina- PI, no período de 1996 a 2000: uma contribuição da enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 set; 11(3): 472-8.
8. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft-Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Rev Bras Ginecol Obstet 2004 mar 26(2): 89-96.
9. Organización Panamericana de la Salud-OPS. Organización Mundial de la Salud- OMS. Unidad de género y salud. equidad de género y salud en las américas a comienzos del siglo XXI. Washington (USA); 2004.
10. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM 2007. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC. 2007. [citado set 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
11. Organização Mundial da Saúde-OPS. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. 4ª ed. São Paulo(SP): Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças; 1998. 2 v.
12. Souza ML. Mortalidade materna em Florianópolis (SC)- (1975-1979): obituário hospitalar. [tese de doutorado] São Paulo(SP): Universidade de São Paulo; 1982.
13. Souza AI, Aquino MMA, Cecatti JG, Pinto e Silva JL. Epidemiologia do abortamento na adolescência. Rev Bras Ginecol Obstet 1999; 21(3): 161-65.
14. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. Rev Latino-am Enfermagem 2007 jan/fev; 15(1): 20-6.
15. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev Bras Enferm 2006 maio/jun; 59 (3): 303-07.
16. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2008 mar; 11(1): 78-88.
17. Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. Cad Saude Publica 2006 jul; 22 (7): 1411-20.
18. Kostrzewa K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: evidence from WHO case studies. Salud Publica, México, 2008 Jan/Feb; 50(1): 10-6.