

Morte materna por aborto*

Palavras-chave: Mortalidade materna; Aborto; Brasil.

Lilian Valim Resende^I

Roberto Nascimento Rodrigues^{II}

Maria do Carmo Fonseca^{III}

^I Pesquisadora, Fundação João Pinheiro, Minas Gerais, Brasil. Correspondência: Lilian Valim Resende, lilianvalim@hotmail.com

^{II} Presidente, Fundação João Pinheiro, Minas Gerais, Brasil.

^{III} Professora aposentada, Cedeplar/UFMG. Consultora ADOC

* “Trabalho apresentado no VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población e XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Foz do Iguaçu/PR – Brasil, de 17 a 22 de outubro de 2016”.

Introdução

No Brasil, a ilegalidade não tem impedido as mulheres de praticar o aborto e se expor as complicações que variam de morbidades ginecológicas ao óbito materno (BRASIL, 2009a). Em 2010, as mortes por complicações do aborto acometeram 9,0% das mulheres no país, segundo estimativas do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). O indicador Razão de mortalidade materna para o aborto no país arrefeceu no período de 1990 a 2011, de 16,6 para 3 mortes por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2014). Por se tratar de um procedimento ilegal, os óbitos maternos por aborto inseguro são difíceis de mensurar. As informações são as que mais provavelmente são subnotificadas por complicações que incluem hemorragia, sepse, peritonite, entre outras (WHO, 2012).

O perfil das mulheres brasileiras que morrem em decorrência do aborto são as jovens, negras, de estratos sociais desfavoráveis e que residem em áreas periféricas das cidades (MENEZES E AQUINO, 2009). Entretanto, entre mulheres de maior renda e instrução, o aborto é um desfecho provável diante de uma gestação não desejada (MENEZES, 2006; DINIZ E MEDEIROS, 2010). As razões para interrupção da gravidez incluem a falta de acesso a contraceptivos ou falha destes; preocupações socioeconômicas, como situação de pobreza, baixa escolaridade e desemprego; necessidade de planejar o tamanho da família, como o espaçamento entre filhos; falta de apoio do parceiro; riscos para a saúde materna ou fetal e gravidez resultante de estupro ou incesto (MENEZES E AQUINO, 2009).

Em Belo Horizonte, o aborto está entre as quatro principais causas diretas específicas de morte materna (RESENDE, 2013). Como estratégia de enfrentamento dessa problemática de subnotificação de informações e melhor monitoramento das mortes maternas foi instituído um Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo aprofundar sobre a ocorrência de óbitos maternos por aborto ocorridos no município de Belo Horizonte (MG) entre os anos 2003 e 2010. Pretende-se caracterizar o perfil sociodemográfico da população envolvida, assim como realizar um estudo de caso, utilizando entrevista em profundidade com um dos familiares de uma das mulheres morta.

Breve problematização do aborto no contexto brasileiro

Historicamente a polêmica do aborto foi tratada, de início, pelas feministas que nos anos 1970 começaram a denunciar a questão de falta de acesso das mulheres aos métodos seguros de

interrupção da gravidez, com consequências graves à saúde das mesmas. Nos anos 1980 o movimento feminista e outros grupos organizados de mulheres passaram a reivindicar o acesso ao aborto seguro como uma forma de garantia ao direito à saúde. Esse movimento mostrou-se em um crescente no Brasil, logo após a reafirmação do Estado de direito e constituição de 1988. Desde que a bandeira do aborto foi levantada, as alas contrárias que centralizavam grupos religiosos e suas hierarquias, a imprensa, os grupos políticos conservadores e o aparato jurídico, impediam que essa problemática fosse tratada no âmbito técnico-científico e de direitos. Como tal, qualquer mudança no Artigo 124 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940, que se refere a *“Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos”* estava fora de escopo (BRASIL, 1940). Neste cenário, a ocorrência da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) corroboram a necessidade de rediscussão no âmbito nacional sobre o acesso ao aborto seguro como um dos direitos da mulher brasileira. Em Cairo (1994), no que tange o Princípio 4, estabeleceu-se:

“O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos das mulheres e meninas são partes inalienáveis, integrais e indivisíveis dos direitos humanos universais. A participação plena e igualitária das mulheres na vida civil, cultural, econômica, política e social, em níveis nacionais, regionais, e internacionais e a erradicação de todas as formas de discriminação em razão do sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional”(p. 42, PATRIOTA, 1994)

Nesta conferência foi possível introduzir o grande eixo sobre a questão dos direitos reprodutivos como direito humano. E esses direitos reprodutivos apontados no Princípio 4 de Cairo (1994) explicitam os direitos das mulheres quanto ao controle de sua sexualidade e o poder de decisão sem coerção, discriminação ou violência (Torres, 2010). Em Beijing (1995) os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um direito humano é corroborado. Este direito compreende a necessidade de se tratar o tema do aborto inseguro de forma humana e solidária. Em ambas as conferências, o Brasil como Estado partícipe assumiu o

reconhecimento tácito de que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são direitos humanos (Torres, 2010). Apesar desses avanços obtidos em Cairo e Beijing, no Brasil a legislação proibitiva e discriminatória, mencionada no Código Penal de 1940, continua pautando o controle das mulheres sobre a própria saúde sexual e reprodutiva. Para Corrêa e Ávila (2003) uma limitação importante no que diz respeito às conferências, é de que estas não são instrumentos que obrigam os Estados a adotarem nos seus sistemas jurídicos normativos nacionais as resoluções impostas.

“Ou seja, embora os programas de ação das duas conferências [Cairo e Beijing] signifiquem um compromisso moral dos Estados signatários eles não implicam tradução automática das legislações nacionais, como acontece nos casos das convenções e tratados.” (p.23, CORRÊA e ÁVILA, 2003).

Ardailon (1997) argumenta que o posicionamento do Estado frente aos grupos contrários ao aborto, sejam estes explicados por questões religiosas, éticas ou culturais, se contrapõe aos direitos individuais, o que dificulta a efetivação de uma mudança no código penal brasileiro. Considerando que nas referidas conferências houve reconhecimento de que o direito da mulher é um direito humano, existe uma contradição do Estado brasileiro, ao reconhecer os direitos reprodutivos das mulheres, no âmbito coletivo, como parte dos direitos humanos, e não individualizar os mesmos direitos, no que tange o acesso ao aborto seguro. Neste contexto, Ardailon (1997) argumenta que sem o acesso ao abortamento seguro, em situação de dignidade, não existe o direito pleno de cidadania para a mulher. Ademais, na ocorrência do aborto ilegal, a mulher se expõe à morte materna claramente evitável (TORRES, 2010). Como observam Barzelatto e Faúndes (2004):

“A consequência mais dramática do abortamento inseguro é, sem dúvida, que muitas mulheres pagam com a vida a tentativa de liberar-se de uma gravidez não desejada. Este é o preço que se paga pelas condições precárias e inseguras em que o procedimento é realizado. O drama que essas mulheres e suas famílias sofrem permanece oculto atrás das frias cifras estatísticas das taxas de mortalidade materna”. (p.75, BARZELATTO e FAÚNDES, 2004).

Metodologia

Os dados relativos aos óbitos maternos por aborto foram obtidos junto ao Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). No município, este Comitê foi instituído por meio da Portaria SMSA/SUS-BH 023/97, com o objetivo de investigar todos os óbitos maternos de mulheres residentes em Belo Horizonte, identificar possíveis falhas na assistência e sugerir medidas para sua prevenção (MAIA, 2008). A metodologia de investigação dos óbitos maternos realizada pelo Comitê é conhecida como *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS) e, de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde utiliza os seguintes instrumentos na análise dos casos: cópia da Declaração de óbito; Laudo de Necropsia, quando realizado; Fichas de Investigação do Óbito Materno, do Serviço de Saúde (ambulatorial e hospitalar), de entrevistas domiciliares e sínteses, conclusões e recomendações do Comitê; planilha Municipal de Investigação do Óbito Materno (BRASIL, 2009a).

Com o intuito de evitar a subnotificação dos óbitos maternos, as declarações de óbito são analisadas considerando que pode haver causas de morte materna presumível ou mascarada. Estas mortes são definidas quando se declara como fato determinante do óbito, apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Com isso, mascara-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno. Outra fonte de subnotificação são as mortes de mulheres em idade fértil (MIF). Neste caso, é realizada a consulta ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) para verificação se a mulher falecida teve um nascido vivo. São também fontes de consulta o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH).

As informações foram obtidas para o período de 2003 a 2010, nas declarações de óbitos e demais documentos referentes às mortes maternas de investigação do Comitê. As variáveis utilizadas foram idade, escolaridade, estado civil, ocupação/atividade profissional, local de ocorrência do óbito, causas da morte materna, realização ou não do pré-natal e número de gestações, partos e abortos. Realizou-se ainda um estudo de caso, utilizando entrevista em profundidade com um dos familiares de uma mulher falecida em consequência do aborto. Com base nas informações disponibilizadas pelo Comitê foi possível identificar o número de telefone e endereço e agendar uma entrevista com este familiar.

Este estudo é baseado em dados empíricos, quantitativos, assim como em informações de natureza qualitativa. Para tanto, foi elaborado projeto específico, que foi submetido, e aprovado, pelos Comitês de Ética da SMSA-BH e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com parecer nº ETIC- 0045-0.410.203-10.

Resultados e Discussão

Em Belo Horizonte, no período de 2003 a 2010 ocorreram quinze óbitos maternos por aborto (TAB.1). Pouco mais da metade dos óbitos maternos por aborto foi registrada entre mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, com média de idade de 26 anos. Uma parte expressiva era de mulheres solteiras, com 8 a 11 anos de estudos, que tinham tido um ou mais partos e não realizaram o pré-natal. Todos os óbitos ocorreram no ambiente hospitalar tendo como causa básica de morte materna prevalente a septicemia em decorrência do aborto provocado. Nota-se um número significativo de dados ignorados o que revela a necessidade de melhoria no preenchimento da declaração de óbito.

Neste quadro, o desfecho do aborto retira da sociedade mulheres com potencial humano em desenvolvimento, haja vista que a maioria exercia alguma atividade profissional. Uma pergunta que se faz é quantos desses óbitos poderiam ter sido evitados num contexto diferente, no qual essas mulheres pudessem ser ouvidas, informadas, acolhidas, e enfim receber a assistência à que têm direito como cidadãs? Mesmo que tenham ocorrido avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, diante das diferentes dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania, no que diz respeito ao aborto inseguro há questionamentos quanto aos próprios direitos humanos das mulheres. Essa problemática evoca a necessidade constante de se estudar a situação de mortes maternas por aborto no que se refere aos aspectos que vão além da identificação epidemiológica desses óbitos. Outros pontos que devem ser considerados na análise das mortes por aborto dizem respeito ao número de filhos tidos e desejados pela mulher, ao contexto socioeconômico vivido, planos de vida futura, considerando estudos e profissão e dentre outras particularidades.

Tabela 1: Caracterização dos óbitos por aborto no Município de Belo Horizonte (MG), 2003-2010

Ano de ocorrência	Idade	Estado civil	Anos de estudo	Ocupação/ramo de atividade	Local de ocorrência do óbito	Causas da morte	Nº Gestações (G), partos (P) e abortos (A)	Pré-natal
2003	31	Solteira	8 a 11	Artesã	Hospital	A) Insuficiência cardiopulmonar B) choque séptico C) PO de histerectomia D) abortamento infectado. Parte II: acidose metabólica	G5P4A1	Sim
2003	20	Solteira	8 a 11	Estudante	Hospital	A) falência de múltiplos órgãos; B) choque séptico C) aborto infectado.	G1P0A1	Não
2003	40	Ignorado	Ignorado	Ignorado	Hospital	A) perfuração uterina pós-aborto retido	G8P6A2	Sim
2005	20	Solteira	1 a 3	Do lar	Hospital	A) PCR B) choque séptico C) abortamento infectado	G1P0A1	Não
2006	26	Solteira	4 a 7	Do lar	Hospital	(A- falência de múltiplos órgãos B) choque séptico C- abortamento infectado	G2P1A1	Não
2006	32	Separada	8 a 11	Ignorado	Hospital	A) septicemia; B) aborto infectado.	G3P2A1	Não
2006	26	Solteira	12 e mais	Caixa	Hospital	A- falência de múltiplos órgãos B- choque séptico C- abortamento infectado	Ignorado	Não
2006	27	Solteira	8 a 11	Comerciarista	Hospital	A- sepse grave; B) aborto infectado Parte II: CIVD; SARA	Ignorado	Não
2006	30	Solteira	4 a 7	Auxiliar de serviços gerais	Hospital	A) aborto infectado	G5P4A1	Não
2008	23	Solteira	8 a 11	Sem ocupação	Hospital	A) aguardando exames	G2P1A1	Não
2009	42	Solteira	8 a 11	Vendedora	Hospital	A) indeterminada aguardando exames	G5P4A1	Não
2009	22	Solteira	8 a 11	Sem ocupação	Hospital	A) septicemia	Ignorado	Não
2010	18	Solteira	4 a 7	Secretária	Hospital	A) choque séptico B) aborto infectado	Ignorado	Não
2010	18	Solteira	8 a 11	Manicure	Hospital	A) infecção generalizada	G1P0A1	Não
2010	27	Casada	Ignorado	Balconista	Hospital	A) abortamento incompleto	Ignorado	Não

Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2003-2010.

Estudo de caso

A entrevista em profundidade foi realizada com uma mãe, de 55 anos, de uma mulher morta por aborto provocado aos seis meses e meio de gestação. A mulher falecida tinha 27 anos, era solteira, residia com os pais e com os dois filhos que eram frutos de uniões diferentes. Não teve complicações nas gestações anteriores e não tinha qualquer problema de saúde. Era usuária do Sistema Único de Saúde, entretanto não realizou o pré-natal.

O depoimento retrata que a perspectiva de criar outro filho, no momento em que os planos de vida incluíam uma mudança para o exterior, fez com que essa mulher, interrompesse a terceira gestação, não desejada, em período avançado de gravidez, e isso lhe custou à vida.

“Foi colocar sonda pra abortar o neném, porque ela tava mais ele [namorado] com a intenção de ir pra Espanha, já tinha arrumado serviço, que eles falaram. Eu acho que foi incentivo dos dois. Porque os dois ia viajar. Eles tava combinando de ir viajar, pra trabalhar lá [Espanha] e depois ou vim buscar os menino [dois filhos da falecida] ou mandar dinheiro pra mim cuidar dos menino até eles fazer o pé de meia deles”

Para Heilborn *et al.* (2012) quando uma gravidez inesperada ocorre, a determinação sobre seu desfecho ou curso é baseada no exame da situação. Nesse caso, a mulher falecida tinha um contexto socioeconômico desfavorável e almejava com o companheiro construir uma vida melhor para ela e os filhos. Conforme sugere o relato da entrevistada, percebeu-se que houve uma decisão do casal de interromper a gestação para manter os planos de vida previamente estabelecidos.

Eu acho que foi incentivo dos dois. (...) Eles tava combinando de ir viajar, pra trabalhar lá e depois ou vim buscar os menino ou mandar dinheiro pra mim cuidar dos menino até eles fazer o pé de meia deles.

Diante de uma gravidez indesejada e em um contexto de criminalização associado à auto-culpabilização, o percurso decisório até o aborto foi longo envolvendo relações do núcleo familiar e de amigos.

“Ela tinha mostrado um ultrassom pra uma minha irmã [tia da falecida]. Falou que eu não podia saber que ela tava grávida. Mais com o neném tava bem. Disse que a minha irmã falou: - Não vai mexer não J [nome da falecida], sua mãe já cuida de dois, cuida de mais um.”

Neste caso, a mãe relata o seu total desconhecimento quanto à gestação e aborto da filha.

“Eu [mãe da falecida] não sabia nem que ela [falecida] tava grávida. (...) Fui saber no dia que ela faleceu. Ela saiu de manhã e falou: Mãe

tô sentindo uma dor muito forte, na barriga. Na barriga não, na coluna e falou: eu vou lá [no hospital] e saiu com o namorado dela. (...) Ela [falecida] saiu era seis e meia da manhã. Ela passou mal a noite inteira, ficou deitada assim no sofá. Eu falei: O quê que cê tem? Ela falou: Tô passando mal. Mas pra mim ela não me disse nada que tava grávida. Ela me escondeu o tempo todo. Porque não tava parecendo que ela tava grávida”.

É de conhecimento que o abortamento inseguro resulta de necessidades não atendidas de planejamento reprodutivo, envolvendo carências de informações sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no uso de contraceptivos e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009a, 2010c). A busca de informações sobre os variados métodos de interrupção da gravidez, assim como a avaliação dos riscos implicados em cada um dos procedimentos e o acesso a estes métodos, são ponderados mediante a liquidez econômica do momento. Nesse sentido, o custo do aborto é o principal elemento que condiciona a escolha do método (SILVEIRA, McCALLUM E MENEZES, 2016).

“(...) Nós [familiares] ficou sabendo depois pelo um telefonema do celular dela. Nós pegamo na época, uma ligação perguntando se tinha dado certo. Aí eu falei: a J [nome da mulher falecida] faleceu. Aí desligou. Aí pela uma colega dela que falou: Ó a J [nome da mulher falecida] falou pra mim que tava grávida. Foi abortar o neném, foi colocar... eu esqueço o nome que a mulher aborta... sonda. (...) Foi através desse telefonema, que nós ficamo sabendo. (...) foi pra fundo de farmácia fazer isso [aborto], um rapaz que fazia aborto de mulheres na época, mas nós não sabia nem aonde, nem local, nem nada.”

No Brasil, a introdução do misoprostol¹ é apontada como um fator de redução da gravidade das hemorragias ou infecções decorrentes do abortamento provocado e, possivelmente, de morte materna. Entretanto, uma parcela da população ainda morre em consequência desta

¹Fármaco utilizado na indução do abortamento. Geralmente é utilizado para prevenção e tratamento de úlceras gástricas, mas tem também como efeitos induzir contrações uterinas, sendo comumente utilizado para o abortamento provocado ou prevenção de hemorragia pós-parto (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010).

causa, fazendo uso de formas inseguras de interrupção da gravidez, como sondas, objetos perfurantes, líquidos cáusticos, além de recorrerem a leigos e clínicas clandestinas (FAÚNDES, 2010; BRASIL, 2009a; VICTORA *et al.*, 2011).

A restritiva legislação nacional sobre a questão do aborto o classifica como um crime contra a vida. Somente em três casos o aborto pode ser praticado legalmente por médicos: quando há risco de vida iminente para a gestante, quando a gravidez resulta de estupro e, desde abril de 2012, nos casos de feto anencéfalo. Nesse contexto, cabe destacar a grande influência e pressão de grupos religiosos pela constitucionalização do direito à vida “desde a concepção”, articulando-se a favor da criminalização do aborto. Toda essa situação expõe mulheres que desejam interromper a gravidez à ilegalidade de sua prática e, por consequência ao julgamento moral (Victora et al, 2011; Heilborn et al, 2012).

Após seis anos do falecimento (tempo transcorrido da data do falecimento até a data da entrevista) a mãe analisa que a assistência recebida pela filha na ocasião da morte não foi suficiente para evitá-la.

“Olha, eu fiquei triste porque eu acho que eles [profissionais da saúde] deixaram ela morrer. Eu penso, sabe por quê? Por causa disse que ela ficou jogada muito tempo, uma moça uma vez falou com a minha menina que teve uma época eu acho que saiu até no jornal, se não me engano que eu vi falando, (...) que quando a mulher provoca aborto, eles deixa as pessoa jogada até morrer. Eu achei que com ela foi muito assim.... Fiquei sabendo que ela esperou muito. Eu achei assim que... sabe? Ela saiu boa, andando daqui, e disse que ia no médico, ficou o dia inteiro... eu não entendi, disse que tava no médico, né? Então é engraçado, deve ter chegado no médico, feito hora pra poder é... atender ela.”

Para Alves (2000) contrapondo ao nascimento, considerado positivo, um ganho, existe o aborto, visto como algo negativo, uma perda. E nas situações de indução de aborto a responsabilização recai sobre a mulher e os relatos de descasos, retardo na resolução do quadro clínico, associados às posturas punitivas por parte da equipe de saúde (médicos/as, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) são comuns. Zordo (2012) argumenta que existe uma clara distinção moral entre as candidatas ao abortamento legal, pacientes “legítimas” e as mulheres que chegam ao hospital com um abortamento incompleto, “clandestinas”. A atitude

punitiva de profissionais da saúde com as pacientes que induzem o aborto faz com que elas sejam esquecidas e deixadas sangrando durante horas. Ainda que exista uma “cultura criminalizante” do aborto, que perpassa toda a sociedade brasileira baseada no Artigo 124 do código penal, tal comportamento por parte dos profissionais da saúde não deve ser generalizado.

Outra questão a ser considerada é que a morte materna além de constituir um evento trágico que infringe um dos direitos mais essenciais, que é o direito à vida (direito este, previsto na Constituição de 1988), atinge não somente a mulher, mas sua família, com consequências dramáticas, especialmente para os filhos órfãos (FATHALLA, 2006; VENTURA, 2008). Um exemplo disso é que no caso em questão, a família materna assumiu as responsabilidades de cuidar das crianças após o óbito.

“Depois, que eu saí do serviço, meu marido agora trabalha direto. [Depois] que ela faleceu, eu parei de trabalhar justamente pra eles [filhos da falecida] não ter que ficar sozinho.”

Os efeitos dessas mortes sobre a vida das crianças, família e outros dependentes requer atenção por seu impacto sobre as futuras gerações, bem como sobre o bem-estar geral e o progresso econômico do país. Neste contexto, evidências sugerem que investimentos na prevenção da mortalidade materna, por meio da priorização da educação, melhorias na saúde sexual e reprodutiva e dos direitos das mulheres podem ser efetivos, salvando vidas de mães, crianças e famílias (MILLER e BELIZÁN, 2015; MOLLA et al., 2015; PANDE et al., 2015).

Conclusão

É reconhecido que o progresso para redução das mortes maternas por aborto, na maioria claramente evitáveis, tem sido insuficiente e lento. A depender do quadro político institucional são necessárias mudanças que permitam um livre acesso da mulher ao aborto seguro. Como já é de conhecimento, as discussões na década de 1990, no nível do Congresso Brasileiro acerca do tema, avançaram pouco sem obter um consenso dentre as concepções dos vários grupos que o compõe. Ainda que, nos anos de 1996/1997, tenha sido observada alguma mudança na direção a favor da descriminalização do aborto, na atualidade o que se percebe é um retrocesso. Nota-se uma discussão engessada pela polarização de opiniões de grupos políticos e religiosos conservadores, que encabeçam propostas que inviabilizem o avanço desse direito tão fundamental para a autonomia e cidadania das mulheres. O que deve

estar em debate não se restringe a prática do aborto em si, mas as consequências que este pode acarretar às mulheres que o praticam. O evento da morte materna por aborto ocasiona um dano irreparável na vida das famílias e comunidade. Ademais, há um número considerável de mulheres que sobrevivem às complicações potencialmente fatais do aborto provocado e que desenvolvem morbidades graves, denominadas de “morbidade materna *near miss*”. Ainda que recente, este padrão de morbidade merece espaço nas discussões técnico-científicas e políticas no sentido de reaver as restrições atuais ao aborto. Por fim, dentre outras iniciativas na erradicação dessa causa de morte materna há que se considerar estratégias que promovam o desenvolvimento social e a equidade de gênero, em conjunto com o fortalecimento do sistema de saúde no que compete melhorias na qualidade do atendimento prestado às gestantes.

Referências bibliográficas

1. ALVES, S. V. Mortalidade (materna) por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. In: Encontro nacional de estudos populacionais, 12., Caxambu, out. 2000. *Anais...* Caxambu: ABEP, 2000. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20\(Materna\)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos...pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20(Materna)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos...pdf)>. Acesso em: 02 set. 2012.
2. ARDAILLON, D. O lugar íntimo na cidadania de corpo inteiro. In: **Revista Estudos Feministas**. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS)/ UFRJ. 1997, p.376-388.
3. BARZELATTO, J; FAÚNDES, A. **O Drama do aborto em busca de um consenso**. Campinas: Editora Komedi, 2004.
4. BRASIL. Art. 124 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10625007/artigo-124-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>>. Acesso em: 31 ago. 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
7. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, [2011]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 12 fev. 2013.
9. CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos- pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUO, E. (Org.). **Sexo & Vida**. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. p.17-78, 2003.
10. DINIZ D, MEDEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência Saúde Coletiva** 2010; 15 Suppl 1:959-66.
11. FAUNDES, ANIBAL. O uso do misoprostol no Brasil. In: Arilha, M; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T.C (Org.). **Aborto Medicamentoso no Brasil**. São Paulo. Oficina editorial. 2010. p.9-22.
12. FATHALLA, M. F. Human rights aspects of safe motherhood. **Best Pract Res Clin Obstet and Gynaecol** n.20, p.409-419, 2006.
13. HEILBORN, M. L. et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Revista Latino-americana**, n. 12, p. 224-57, 2012.
14. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.
15. MILLER S, BELIZÁN JR. The true cost of maternal death: individual tragedy impacts family, community and nations. **Reproductive Health** , n.12:56.2015.
16. MENEZES G. **Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras**. Tese de Doutorado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2006.
17. MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2. p. S193-S204, 2009.

18. MOLLA, M; MITIKU, I; WORKU, A; YAMIN, A. Impacts of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia. **Reprod Health**, 12 Suppl 1:S6. 2015.
19. PANDE, R; OGWANG, S; KARUGA, R; RAJAN R, K.E.S .A; ODHIAMBO, F.O, et al. Continuing with "...a heavy heart"- consequences of maternal death in rural Kenya. **Reprod Health**, 12 Suppl 1:S2.2015.
20. PATRIOTA, T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.
21. RESENDE, L.V. **O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003-2010**. Tese de doutorado. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.
22. SILVEIRA, P; MCCALLUM, C; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016.
23. TORRES, J.H.R. Aborto inseguro. É necessário reduzir riscos. In: BRIOZZO, L.; BEDONE, A.J. (Org.). **Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos**. Campinas: Komedi, 2009.p.265-303.
24. VENTURA, M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. **Revista Bioética**, n.16: 217-28, 2008.
25. VICTORA, C. G. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Series Health in Brazil 2. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.
26. ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, 2012.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2012. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/magnitude/en/ Acesso em: 20 ago. 2014.