



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA DAS DORES SOUSA NUNES

MORTE MATERNA E ABORTO ENTRE ADOLESCENTES NO PIAUÍ: ANÁLISE
DOS ANOS 2008 A 2013

BRASÍLIA
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA DAS DORES SOUSA NUNES

MORTE MATERNA E ABORTO ENTRE ADOLESCENTES NO PIAUÍ: ANÁLISE
DOS ANOS 2008 A 2013

Tese a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz
Co-orientador: Prof. Dr. Alberto Madeiro

BRASÍLIA
2016

Maria das Dores Sousa Nunes

Morte materna e aborto entre adolescentes no Piauí: análise dos anos 2008 a 2013

Tese a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Debora Diniz (orientadora)

Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

Profa. Dra. Andréa Cronemberger Rufino

Prof. Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Profa. Dra. Lívia Barbosa

Brasília

2016

Resumo

A mortalidade materna no Piauí está entre as mais elevadas do Brasil. Na capital do estado, Teresina, o aborto é uma das principais causas de mortes. Este trabalho objetiva analisar as mortes maternas de adolescentes residentes no Piauí e conhecer as histórias daquelas que morreram por aborto clandestino, no período de 2008 a 2013. A primeira etapa do estudo é descritiva, de natureza quantitativa, com dados extraídos do Sistema de Informação sobre Estatísticas Vitais da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Nessa fase, estabeleceram-se a magnitude das mortes na adolescência, os dados sociodemográficos das falecidas, as principais causas das mortes e as características das investigações do óbito materno. Na segunda etapa, qualitativa, a mãe, irmã, amiga ou a sogra foram entrevistadas. Das 290 mortes maternas, 50 estavam no período da adolescência, o que representou 17,2% do total de óbitos maternos, sendo a razão de mortalidade materna igual a 97,3 e a razão de mortalidade materna específica igual a 76,1 mortes por 100.000 nascidos vivos. As adolescentes que tiveram morte materna eram negras em sua maioria (70,5%), primigestas (52,9%), com 1 a 7 anos de estudos (35,3%) e residentes no interior (78,4%). As mortes foram ocasionadas por transtornos hipertensivos (28%), infecção puerperal (16%), hemorragia (12%), tromboembolismo (12%) e aborto (10%). A investigação do óbito não ocorreu em 26% das mortes e, quando ocorreu, houve atraso em 52,7% dos casos, sendo a entrevista domiciliar (38,8%) a fonte principal da investigação. As entrevistas mostraram que sangramento abundante e dores pélvicas intensas provocaram a busca por atendimento hospitalar nos casos das adolescentes que induziram o aborto usando, em geral, o misoprostol. Houve pouca valorização clínica de sinais e retardo no reconhecimento diagnóstico, pelos médicos, das complicações do aborto, o que contribuiu para as mortes das adolescentes. A morte materna na adolescência no estado do Piauí é grave problema de saúde pública, ocasionado, em sua maioria, por condições evitáveis, como as complicações dos transtornos hipertensivos, das infecções e do aborto. As mortes maternas de adolescentes encontram-se em cenário que pede urgência na atenção aos direitos humanos, já que existe subtração de atendimento qualificado para essa população.

Palavras-chave: adolescência, aborto, morte materna

Abstract

The maternal mortality rate in the state of Piauí is among the highest ones in Brazil, abortion being amongst the main causes of death in the capital, Teresina. This paper aims at analyzing the maternal deaths of teenagers who live in Piauí and knowing the stories of those who died due to clandestine abortion in the period between 2008 and 2013. The first stage of this study is descriptive, of quantitative nature, and its data was extracted from the Information System about Vital Statistics from the State Health Office of Piauí. We established the magnitude of the deaths in adolescence, the socio-demographic data of the deceased, the main causes of death and the characteristics of the maternal death investigations. On the second stage, the qualitative one, mothers, sisters, friends and mothers-in-law of the deceased were interviewed. The deaths of the teenagers represent 17,2% of all maternal deaths, being the rate of maternal death 97,3 and the rate of specific maternal death 76,1 deaths out of 100.000 live births. The teenagers who died were black (70,5%), primigravida (52,9%), with 1 to 7 years of regular studies (35,3%) and countryside resident (78,4%). Their deaths were caused by hypertensive troubles (28%), puerperal infections (16%), hemorrhage (12%), thromboembolism (12%) and abortion (10%). The investigations of their deaths did not happen in 26% of the cases and when it did happen there was a delay in 52,7% of them, being the home-interview the main source of investigation (38,8%). The interviews have shown that heavy bleeding and pelvic pain were the main reasons to look for medical assistance by the part of the teenagers who induced abortion generally using misoprostol. There was a lack of attention to the signs and a delay in the diagnostic recognition by the part of the doctors involved about the complications due to abortion that contributed to the deaths of the teenagers. Maternal death in adolescence is a serious problem for the public health in the state of Piauí and in most times it is caused by preventable conditions such as the complications of hypertensive, problems infections and abortion. Maternal death in adolescence is in such a frame that requires urgent attention to human rights since there is a subtraction of qualified medical assistance to these sections of the population.

Key words: adolescence, abortion, maternal death

Resumen

La mortalidad materna en Piauí está entre las más elevadas de Brasil. En la capital del estado, Teresina, el aborto es una de las principales causas de muertes. Este trabajo objetiva analizar las muertes maternas de adolescentes residentes en Piauí y conocer las historias de aquellas que murieron por aborto clandestino, en el período entre 2008 y 2013. La primera etapa del estudio es descriptiva, de naturaleza cuantitativa, con datos extraídos del Sistema de Información acerca de las Estadísticas Vitales de la Secretaría Estatal de Salud de Piauí. En esa fase, se establecieron la magnitud de las muertes en la adolescencia, los datos sociodemográficos de las fallecidas, las principales causas de las muertes y las características de las investigaciones del óbito materno. En la segunda etapa, cualitativa, la madre, la hermana, la amiga o la suegra fueron entrevistadas. Las muertes de adolescentes representan 17,2% del total de óbitos maternos, siendo la razón de mortalidad materna igual a 97,3 y la razón de mortalidad materna específica igual a 76,1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Las adolescentes que tuvieron muerte materna eran negras en su mayoría (70,5%), primigestas (52,9%), con 1 a 7 años de estudios (35,3%) y residentes en el interior (78,4%). Las muertes fueron ocasionadas por trastornos hipertensivos (28%), infección puerperal (16%), hemorragias (12%), tromboembolismo (12%) y aborto (10%). La investigación del óbito no ocurrió en 26% de las muertes y, cuando ocurrió, hubo atraso en 52,7% de los casos, siendo la entrevista domiciliaria (38,8%) la principal fuente de la investigación. Las entrevistas mostraron que sangría abundante y dolores pélvicos intensos provocaron la busca de atención hospitalaria en los casos de las adolescentes que indujeron el aborto usando, en general, el misoprostol. Hubo poca valoración clínica de señales y retardo en el reconocimiento diagnóstico por los médicos, de las complicaciones del aborto, lo que contribuyó con las muertes de las adolescentes. La muerte materna en la adolescencia en el Estado de Piauí es un grave problema de salud pública ocasionado, en su mayoría, por condiciones evitables, como las complicaciones de los trastornos hipertensivos, de las infecciones y del aborto. Las muertes maternas de adolescentes se encuentran en el escenario que pide urgencia en la atención a los derechos humanos, ya que existe sustracción de atención cualificada para esa población.

Palabras clave: adolescencia, aborto, muerte materna.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características das adolescentes com mortes maternas. Piauí, 2008 a 2013.

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Percentual das mortes de adolescentes no universo das mortes maternas. Piauí, 2008-2013.

Gráfico 2: Razão de mortalidade materna. Piauí, 2008-2013.

Gráfico 3: Razão de mortalidade materna específica para a faixa etária da adolescência no Piauí, 2008-2013.

Gráfico 4: Distribuição percentual das causas de morte materna entre adolescentes. Piauí, 2008 a 2013.

Lista de Figuras

Figura 1: Cidades de residência das adolescentes com mortes maternas. Piauí, 2008-2013.

Figura 2: Cidades de ocorrência das mortes das adolescentes. Piauí, 2008-2013.

Figura 3: Municípios de residência das adolescentes mortas por aborto. Piauí, 2008-2013.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla ou abreviatura	Significado
SIH-DATASUS	Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HIV/Aids	Human Immunodeficient Virus/ Acquired imunodeficient
OMS	Organização Mundial de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
DO	Declaração de Óbito
SIMWEB	Sistema de Informação sobre Mortalidade módulo web
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
RAMOS	Reproductive Age Mortality Survey
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMME	Razão de Mortalidade Materna Específica
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
CPMM	Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HCG	Gonadotrofina coriônica humana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
CID	Classificação Internacional de Doenças
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ E DESFECHOS	10
1.1.1 O aborto nas adolescentes e nas outras mulheres	12
1.2 MORTES DE MULHERES E SUA RELAÇÃO COM A GRAVIDEZ	18
1.3 VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO	21
1.4 RAZÃO DO ESTUDO	23
2 OBJETIVOS	24
2.1 GERAL.....	24
2.2 ESPECÍFICOS.....	24
3 METODOLOGIA	25
3.1 DESENHO DO ESTUDO.....	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
3.3 PERÍODO DE ANÁLISE	26
3.4 VARIÁVEIS E CONCEITOS	26
3.5 CARACTERÍSTICAS DOS DADOS	28
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	30
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
3.8 PAPEL DA PESQUISADORA	32
3.9 O CAMINHO PARA O CAMPO E AS ENTREVISTAS	33
4 RESULTADOS	36
4.1 MAGNITUDE DAS MORTES ENTRE ADOLESCENTES	36
4.2 MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA DAS ADOLESCENTES COM MORTE MATERNA	39
4.3 CIDADES DE OCORRÊNCIA DAS MORTES DE ADOLESCENTES	41
4.4 PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA ENTRE ADOLESCENTES.....	43
4.5 QUEM SÃO AS ADOLESCENTES QUE MORREM?	46
4.6 CARÁTER DAS INVESTIGAÇÕES DAS MORTES	50
4.7 O ABORTO COMO CAUSA DE MORTES DE QUATRO ADOLESCENTES	50
4.7.1 O aborto de adolescente em pré-vestibular	51

4.7.2 O aborto de adolescente mãe e estudante.....	53
4.7.3 O aborto de adolescente mãe e doméstica.....	54
4.7.4 O aborto de adolescente que estava aceitando a gravidez.....	55
5 DISCUSSÃO	58
6 CONCLUSÕES	73
7 REFERÊNCIAS	75

Apêndice — Termo de consentimento livre e esclarecido para os familiares da adolescente falecida	93
Anexo A — Declaração de óbito.....	96
Anexo B — Ficha-síntese de investigação do óbito materno	97
Anexo C — Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	100

1 INTRODUÇÃO

A bagagem que uma pessoa apresenta na vida adulta foi especialmente adquirida na adolescência e, de forma muito importante, refletirá na sobrevivência dessa adulta (1). Estudos recentes sobre desenvolvimento e amadurecimento neurobiológico de adolescentes mostram evidências do processo do adolescer como etapa em andamento, indicando uma necessidade de cuidados especiais para lidar com as pessoas nessa fase (2, 3). A adolescência compreende a segunda década de vida e, atualmente, é conhecida como uma fase separada da infância e da vida adulta. Nesse período, em geral, ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais intensas, muito importantes para o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo (2, 4, 5).

Estima-se que há, no mundo, cerca de 1,2 bilhões de pessoas de entre 10 e 19 anos, que em maior ou menor medida, precisam de atenção e proteção. Dentre as suas variadas experimentações, inclui-se o início dos relacionamentos interpessoais, como as relações sexuais, nem sempre protegidas, podendo resultar em gestações não desejadas e abortos inseguros (4, 6). Esses últimos ocorrem principalmente em regiões onde há restrições legais para a interrupção da gravidez, predominantemente nos países em desenvolvimento (7). Em qualquer parte do mundo a gravidez adolescente, bem como a maternidade, podem privar as meninas de um nível de escolaridade maior, da competição no mundo do trabalho, de maior desenvolvimento pessoal, de boas condições de saúde, e, conseqüentemente, coloca em risco a saúde e a prosperidade da sociedade na qual vivem (2, 8).

1.1 ADOLESCÊNCIA, GRAVIDEZ E DESFECHOS

Embora tenha havido uma redução dos números nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta elevadas taxas de gravidez na adolescência em população de baixas condições sociais e econômicas, especialmente no Norte e Nordeste (9). O debate nacional e as pesquisas sobre a temática ocupam posição especial na agenda do país, refletindo aprimoramento nas políticas de saúde (6). As

adolescentes ganharam mais atenção após a década de 1980, quando as mulheres de outras faixas etárias reduziram a taxa de fecundidade total, deixando em evidência a elevada fecundidade nesse grupo de jovens (10-11). Dessa forma, em 2009, embora o Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIH-DATASUS) tenha registrado queda no número de mães na faixa dos 10 aos 19 anos em comparação com o início da década, a região Nordeste permaneceu a primeira do país em número de partos na adolescência (12-13).

As razões apontadas para explicar a gravidez na adolescência são diversas e levam em conta, especialmente, escassez de informações adequadas sobre gravidez e métodos contraceptivos, falta de diálogo com os parceiros, dificuldade no uso do método anticoncepcional ou o entendimento de que uma relação ocasional não terá como consequência a gestação. Existem, também, adolescentes motivadas pelo desejo de engravidar e, por outro lado, adolescentes que se tornam grávidas como resultado de violência sexual (14-22). As pesquisas têm demonstrado que as adolescentes que engravidam são, predominantemente, pobres e com baixa escolaridade (20-21, 23).

A compreensão do fenômeno da gravidez na adolescência passa, portanto, pelo entendimento do que são as relações de gênero presentes no contexto social e as condições socioeconômicas desfavoráveis em que vivem as adolescentes mais frequentemente acometidas por uma gravidez precoce (23-25). Embora haja dados mostrando que a gravidez e a maternidade, entre grupos selecionados de adolescentes, possam ter significados positivos (26,27), a maior parte dos estudos demonstram consequências negativas da gestação em mulheres de idade inferior a 20 anos, existindo evidências de que a gravidez nessa fase se associa a algumas doenças de forma mais prevalente que em outras faixas etárias. Estão entre essas patologias as hipertensões, as infecções do trato gênito-urinário e as anemias (21,28-30). Para os neonatos de adolescentes, os achados mais preocupantes são a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o aumento da morbidade e mortalidade infantil. Os dados especificam que resultados desfavoráveis aumentam à medida que diminui a idade da adolescente, com resultados mais significativos para as idades abaixo de 16 anos (28-31). Há, inclusive, estudos que indicam ideias suicidas e elevação da taxa de infanticídio entre adolescentes (32, 33).

A gravidez na adolescência deixa a menina mais suscetível a algumas doenças, especialmente quando se trata da primeira gravidez e não há o diagnóstico precoce de patologias cujas complicações podem levá-la à morte (34). Em todo o mundo, principalmente nas regiões mais pobres da África, um número preocupante e ascendente de adolescentes grávidas tem adquirido HIV/Aids, entre outras infecções sexualmente transmissíveis, o que eleva o risco de mortes maternas e/ou fetais (35,36). Os dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (2005) indicaram elevação da morbidade e da mortalidade materna pelo aumento dos riscos associados aos resultados adversos da gravidez de adolescentes na América Latina (37). Para o enfrentamento dessa situação é necessário ultrapassar barreiras, sendo uma delas a oferta de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva a todas as adolescentes, bem como de condições que permitam o usufruto dos seus direitos sexuais e reprodutivos (37, 38).

1.1.1 O aborto nas adolescentes e nas outras mulheres

Manter ou interromper uma gravidez é a questão que enfrentam muitas adolescentes quando sabem estar grávidas, especialmente se a gravidez não tiver sido programada nem desejada. Interromper uma gravidez não desejada, em regiões como as do território brasileiro, exige que muitas mulheres, de todas as idades, percorram um imprevisível itinerário para se manterem vivas (39, 40). O Brasil somente autoriza legalmente a interrupção da gravidez, em qualquer idade, quando a gestação tiver sido decorrente de violência sexual ou se seu avanço acarretar riscos de morte para a gestante (22). A autorização legal é prevista pelo Código Penal de 1940, mas apenas na década de 1990 foi iniciado o primeiro serviço de aborto legal no país (41). No ano de 2015, 36 serviços ativos foram encontrados pelo censo nacional dos serviços de aborto legal. Entretanto, sete estados brasileiros permanecem sem a oferta desses serviços (42).

Há quatro anos, precisamente em 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal permitiu a interrupção da gravidez por anencefalia, malformação grave e incompatível com a vida após o nascimento. Essa autorização marcou, portanto, a

terceira possibilidade que a mulher tem de interromper voluntariamente uma gestação no Brasil (43). Existe, no entanto, uma grande distância entre a garantia dos direitos adquiridos pelas mulheres, implantada por políticas públicas, e a oferta dos serviços, demonstrada pelas práticas das ações de saúde (40, 42).

No caso de adolescentes menores de 14 anos, existe a presunção de violência em vulnerável (41) e, portanto, a menina tem resguardado o direito de interromper a gravidez. Há, no entanto, acesso muito restrito dessas adolescentes aos serviços de atendimento, seja pela sua ausência ou escassez, seja pela falta de informação dos profissionais (42) e da população, o que pode explicar a grande quantidade de meninas nessa faixa etária que dão à luz em todo o país. Em 2012, foram registrados 28.236 nascidos vivos de adolescentes entre 10 e 14 anos no Brasil, com a maioria das ocorrências no Nordeste (44).

O Brasil encontra-se, portanto, no rol dos países que autorizam a prática do aborto em algumas situações (41, 43). Todavia, mesmo diante da ilegalidade, o aborto vem sendo praticado por um número muito grande de mulheres em todas as idades (45). Pesquisadores encontram barreiras para estimar a prática abortiva no país, e uma dessas barreiras é a dificuldade de revelação, pela mulher, do aborto clandestino, por temor às sanções que poderiam ser decorrentes do relato da prática abortiva (46-48). A alternativa de alguns estudos é demonstrar esses números de forma indireta (49,50). No entanto, a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada por Debora Diniz e Marcelo Medeiros (2010) – que avaliou uma amostra de 2.002 mulheres urbanas, através da técnica de urna e de questionários preenchidos por entrevistadoras –, demonstrou que 15% das mulheres de entre 18 e 39 anos praticaram um aborto pelo menos uma vez (51).

A publicação mais recente sobre estimativa do aborto pelo mundo (2016) informa que, no período de 2010 a 2014, ocorreram, anualmente 35 abortos a cada 1.000 mulheres na faixa dos 15 aos 44 anos, com 88% deles acontecendo nos países em desenvolvimento. A América Latina apresentou, nesse período, uma taxa de 44 abortos a cada 1.000 mulheres na mesma faixa etária (7). Embora esse estudo revele declínio significativo nas taxas anuais de aborto nos países desenvolvidos, desde 1990, esse declínio não foi verificado nos países em desenvolvimento. A referida publicação demonstrou que, no período de 2010 a 2014, as mais elevadas taxas anuais de abortos foram observadas no Caribe: em média 65 abortos a cada 1.000 mulheres de 15 a 45 anos. As mais baixas taxas

foram verificadas nas regiões norte-americanas e no oeste europeu, com 17 e 18 abortos a cada 1.000 mulheres a cada ano, respectivamente (7).

Um dado anterior, do Instituto Alan Guttmacher (2009), revelou que, dos 19 milhões de abortos inseguros realizados nos países em desenvolvimento, 2,5 milhões foram praticados por adolescentes (52). Os resultados do atual estudo deram destaque aos grupos das mulheres casadas e das solteiras, além da valorização por regiões, já citada acima. Dessa forma, foi verificada a ocorrência de 36 abortos anuais para cada 1.000 mulheres casadas de 15 a 49 anos e de 25 abortos anuais a cada 1.000 mulheres solteiras. Por outro lado, na África Subsaariana e na América do Norte as taxas de abortos em mulheres solteiras são mais elevadas do que nas mulheres casadas. Globalmente, foi demonstrado que 27% dos abortos ocorreram em mulheres solteiras, o que representa 35% de todas as mulheres em idade fértil (7).

Nas regiões em desenvolvimento desde 1990, não se observou um declínio significativo nas ocorrências de aborto. As taxas permanecem muito elevadas. Trata-se, em geral, de abortos praticados ilegalmente e, por isso, realizados de modo inseguro para a saúde da mulher. As taxas elevadas de aborto inseguro e, por conseguinte, suas complicações, refletem também a omissão dos serviços de atenção à saúde, uma vez que muitos países da Europa apresentam uma média de três abortos a cada mil mulheres de 15 a 44 anos (7, 52-55).

O aborto inseguro, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), é aquele que transcorre em ambientes sem as condições higiênicas adequadas para a sua execução, em caso de procedimentos invasivos como curetagens uterinas ou colocação de instrumentos, e/ou que é praticado por pessoas sem capacitação para sua realização (56). Trata-se de uma prática quase exclusiva dos países em desenvolvimento, e seu elevado número está diretamente ligado às leis restritivas. As práticas envolvidas na execução do aborto compreendem inserção de objetos no útero, como agulhas de tricô, fios e varas; ingestão de venenos, tintura de cabelo e substâncias perigosas como ervas, compostos cáusticos e altas doses de medicamentos; aplicação de forte pressão sobre o abdome; e queda de escadas. Essas situações, invasivas e perigosas, são responsáveis pelo elevado número de complicações e mortes de mulheres em idade fértil. As sequelas e a letalidade são resultantes de hemorragias, infecções e intoxicações originárias da prática abortiva (55). Registros mundiais colocam as complicações decorrentes do aborto como a

quarta causa de morte materna e uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo (52).

Como mencionado anteriormente, há dificuldade em se alcançar as estatísticas acerca do aborto – as condições de ilegalidade que o cercam em muitas localidades geram o mascaramento dos verdadeiros fatos. Os dados mostram que, anualmente, 68.000 mulheres morrem por complicações do aborto e milhões ficam com sequelas, algumas vezes permanentes, devido a tais complicações. Enquanto os registros de mortalidade materna por aborto inseguro nos países em desenvolvimento giram em torno de 10 a 140 mortes para cem mil nascidos vivos, o aborto legal, nos desenvolvidos, causa uma morte a cada cem mil procedimentos (57). Nos países em desenvolvimento há diferenças marcantes nas estimativas de mortes por aborto inseguro. Algumas regiões da África apresentam as maiores taxas: 709 mortes a cada cem mil procedimentos, e a América Latina e o Caribe, as menores taxas: 100 mortes por cem mil procedimentos (58).

Após o aborto inseguro surgem, com frequência, complicações decorrentes de hemorragia, sepse, peritonite e trauma cervical, vaginal, uterino ou de órgãos abdominais. Além disso, podem ocorrer danos resultantes de intoxicação por substâncias utilizadas no procedimento, impelindo a mulher a buscar hospitais para tratamento (52). Uma gravidez não desejada é algo que determina muito firmemente a decisão da mulher. As dificuldades envolvidas na interrupção da gestação não a impedem de realizá-lo, já que os registros epidemiológicos sobre o aborto e suas complicações, mundialmente, mantêm-se elevadas (52, 57).

Desde a década de 1990 vem ocorrendo redução das complicações graves e, por conseguinte, do número de mortes maternas por aborto, como demonstram os estudos brasileiros e latino-americanos (59-61). A explicação para a redução das complicações do aborto inseguro decorre, em parte, da introdução do misoprostol no país, substância que rápida e amplamente passou a ser utilizada pelas brasileiras com fins abortivos (60-62).

O misoprostol, análogo sintético da prostaglandina E1, foi desenvolvido para tratar úlceras gástricas, tendo entrado no Brasil em 1986 com o nome de Cytotec (59). Estudiosos no Ceará verificaram o surgimento de muitas mulheres hospitalizadas por abortamentos sem as costumeiras e graves complicações. Após análise dos registros de 593 mulheres admitidas em hospitais por aborto induzido entre janeiro de 1990 e julho de 1992 foi possível verificar que 75% delas haviam

usado o Cytotec (60). A substância tem ação eficaz em outras situações obstétricas, facilitando a prática médica nessa área por reduzir riscos ao substituir ou minimizar procedimentos invasivos (63-63). Contudo, em 1991, a comercialização do Cytotec foi restrita às prescrições médicas com retenção da receita (59); posteriormente, o medicamento foi retirado do mercado formal brasileiro, quando passou a ser comercializado clandestinamente, inclusive na rede mundial de computadores (64-66).

A Resolução de n. 1.534/2011, feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), proibiu qualquer anúncio de medicamento à base de misoprostol nos meios de comunicação brasileiros. O produto licenciado por esse órgão, Prostokos®, à base da referida substância, é de uso exclusivo em ambientes hospitalares rigorosamente cadastrados para casos necessários de interrupção da gravidez e indução do parto. A venda de qualquer produto derivado da prostaglandina E, fora dessa condição, é considerada crime hediondo no país (65). No entanto, Marilena Corrêa e Miryam Mastrella fizeram revisão e análise da literatura e não encontraram dados científicos suficientes para fundamentar as proibições brasileiras à comercialização do misoprostol. As autoras argumentam que as normas restritivas de uso e de veiculação pública de medicamentos à base da referida substância contrapõem-se aos estudos que indicam adequadamente seu uso em obstetrícia, inclusive em caso de aborto permitido por lei (67).

Nos Estados Unidos, a Food and Drug Administration, agência de controle de medicamentos, em início dos anos 2000, autorizou o uso do misoprostol, por sua eficácia e segurança, nos procedimentos de aborto. A partir de então, tornou-se crescente a realização do aborto medicamentoso em regime domiciliar, com orientação técnica, sem danos para as mulheres (68-69). As evidências clínicas de segurança de uso do medicamento foram suficientes para o Colégio Britânico de Ginecologistas e Obstetras (2004) recomendar uso rotineiro do misoprostol para adolescentes com idade gestacional acima de dez semanas em caso de aborto a pedido (70). Em publicação de 2011 o referido colégio recomenda o uso do medicamento para outras situações e idades (71).

O manual técnico da OMS publicado em 2012 contém políticas de orientação aos sistemas de saúde com a finalidade de permitir às mulheres o aborto seguro tanto em locais onde este já esteja legalizado quanto onde a lei o restringe. As atuais orientações destacam a importância da utilização dos medicamentos

misoprostol e/ou mifepristone (antiprogesterona com capacidade abortiva) na indução do aborto em casos de gravidez de até 14 semanas, e recomendando o misoprostol em qualquer idade gestacional para preparo do colo uterino e redução de complicações. O aborto medicamentoso, ou seja, aquele que não necessita de intervenção cirúrgica, realizado até a 12ª semana de gestação sem obrigatoriedade de hospitalização, necessita de amparo dos serviços de saúde e possibilita maior qualidade e segurança para as mulheres (72).

Estudos brasileiros sobre aborto clandestino entre adolescentes são mais raros do que em outras idades. A exigência de autorização de um responsável para que as jovens participem do estudo é um dos obstáculos para a realização de pesquisas dessa natureza. Para transpor tal dificuldade, os pesquisadores têm lançado mão do resgate da memória, quando a mulher se encontra acima dos 18 anos (51, 73). Outro impedimento é o fato de muitas adolescentes, como as mulheres em geral, não quererem afirmar que provocaram o aborto, por motivos legais ou outros (74). No estudo de Simone Peres e Maria Luiza Heilborn (2003), realizado nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, os dados da etapa qualitativa da pesquisa sobre gravidez na adolescência, no que se refere à cogitação de aborto em 86 jovens de 18 a 24 anos, demonstraram que a maioria das jovens entrevistadas, pensou, tentou ou fez o aborto ao descobrir a gravidez. Entre os homens, 43% afirmaram que a namorada provocou o aborto, e entre as mulheres 17% relataram indução do aborto. As jovens compartilharam as ideias com parceiros, amigas ou familiares. Quando decidiram abortar, os métodos usados foram misoprostol, outros remédios, combinações dos dois ou o recurso a clínicas (73).

Trata-se, portanto, de tema delicado, que exige cuidados especiais para ser estudado em população com menor idade civil – sem autonomia e liberdade para participar de pesquisas sem o conhecimento e a autorização dos pais. Quando se trata de estabelecer índices de aborto provocado, especialmente onde as leis são muito restritivas, os estudiosos têm utilizado critérios indiretos para classificar o tipo de abortamento. Os critérios, segundo a OMS (1996) levam em conta o relato do uso de método abortivo e/ou sinais e sintomas, na admissão hospitalar, que sugeriram indução do aborto. De acordo com o relato – ou não – e com a presença ou não dos sinais ou sintomas, o abortamento será classificado como certamente, provavelmente ou possivelmente provocado; ou ainda como espontâneo, caso não

haja relato nem sinais e sintomas sugestivos da indução. Os métodos indiretos, embora úteis, deixam possibilidade de erro (75). Um estudo realizado em Maceió (AL) (2012), com 201 adolescentes submetidas a curetagem uterina pós-aborto – feito por meio de entrevistas semiestruturadas para descrição dos aspectos sociais e demográficos e classificação do tipo de abortamento de acordo com os critérios da OMS – levou os pesquisadores a considerar que 164 adolescentes se encontravam na categoria de aborto certamente provocado. Dessas, 89% haviam usado misoprostol, fosse isolado (20%) ou combinado (77%). As complicações nessa categoria foram hemorragia com necessidade de transfusão sanguínea (5%) e um caso de perfuração uterina. A idade gestacional em 93% delas era superior a 13 semanas, tendo havido, portanto, aborto tardio. Existia, ainda, história de aborto anterior em 20 adolescentes (12%) (50). Essa pesquisa, no entanto, não descreveu os outros métodos de indução do aborto.

Dados não atualizados do Ministério da Saúde (2002) revelam que o Piauí apresenta elevada incidência de abortos clandestinos em todas as faixas etárias (76). Entretanto, o estudo que descreveu as histórias de aborto entre adolescentes no Piauí (2012) foi pioneiro a demonstrar, nesta região, que as jovens utilizam clandestinamente o misoprostol e procuram a assistência hospitalar para curetagem uterina (39). Uma elevada taxa de complicações graves foi encontrada no referido estudo, as quais poderiam ser classificadas como morbidade materna grave (71-78).

Há poucos dados no Piauí que caracterizem o perfil social e demográfico, os métodos, as práticas ou os caminhos que as jovens percorrem quando se veem diante de uma gravidez indesejada, provocam o aborto, enfrentam complicações e morrem. Não se tem relatos dos itinerários que fazem até a morte ou das impressões dos familiares acerca do processo. A ausência de dados empíricos sobre a temática no estado é um estímulo para a busca de informações que possam cobrir essa lacuna.

1.2 MORTES DE MULHERES E SUA RELAÇÃO COM A GRAVIDEZ

Morte materna ocorre quando uma mulher vem a óbito em qualquer momento do período gestacional ou até quarenta e dois dias após o término, não levando em

conta se a localização é intrauterina ou extrauterina, se há qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez, ou ainda, por medidas tomadas em relação a esse estado, com exclusão das causas acidentais ou incidentais (79). Estima-se que a quase totalidade das mortes maternas seja evitável e ocorra em países em desenvolvimento. Representa, assim, grave violação dos direitos humanos, porque reflete as desigualdades sociais e econômicas de uma região, bem como as falhas de políticas de saúde para as mulheres (56, 79-80).

Até o final da década de 1990, o mundo perdia, por ano, mais de 500 mil mulheres de todas as idades por mortes com causas maternas. Estudar as causas e os fatores relacionados às mortes de milhares de mulheres no ciclo grávido puerperal retrata a eficiência das políticas de saúde e fortalece cada vez mais novos estudos que validem estimativas e direcionem propostas de ação para reduzir tais mortes. Nessa perspectiva, a revisão sobre as principais causas de mortes maternas no mundo apontou para as hemorragias como as mais importantes causas na África e Ásia, as desordens hipertensivas na América Latina e no Caribe, onde, também, foram mais elevadas as mortes por aborto. Mortes por sepse foram mais elevadas na África, Ásia, América Latina e no Caribe do que nos países desenvolvidos (81). Os países desenvolvidos, cujas mortes maternas representam menos de 10% do total, apresentaram outras causas de mortes como as mais importantes. Complicações anestésicas ou das cesáreas e o tromboembolismo foram as principais causas (82). O estudo que fez a revisão das causas de mortes maternas sugere ainda que as mortes por aborto possam estar subnotificadas e subregistradas nos países em desenvolvimento, em geral, pela restrição legal (81).

No ano 2000, líderes de aproximadamente duzentos países, reunidos na Cúpula do Milênio, assinaram um acordo com as Nações Unidas para melhorar as condições humanas em todo o mundo até o ano de 2015 e, através de uma agenda global de compromissos, estabeleceram oito objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para acompanhamento do processo. O quinto dos objetivos propostos foi melhorar a saúde materna através de duas metas. A primeira, Meta A, sugere reduzir a taxa de mortalidade materna em 75%, a partir do ano de 1990. O principal indicador de cumprimento dessa meta é a queda na razão de mortalidade materna em todas as regiões. O percentual de partos realizados em estabelecimento de saúde – o que indica aumento da assistência por profissional capacitado – é o segundo indicador da primeira meta do quinto ODM. Já a segunda

meta do referido objetivo, chamada de Meta B, que determina a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva, tem como indicadores a taxa de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos e a cobertura da atenção pré-natal (80, 83-84).

As informações atuais demonstram queda acentuada na mortalidade materna para muitos países, e um número ainda menor de mortes poderia ser alcançado se cada região oferecesse melhores condições de saúde às mulheres, atendendo suas demandas sexuais e reprodutivas (85). Apesar do sucesso do desenvolvimento dos demais ODM, os quais não são tema de discussão deste estudo, o relatório das Nações Unidas em 2013 informa que muitos países não atingirão o patamar esperado para o quinto ODM, embora alguns desses, inclusive o Brasil, tenham mostrado avanços e até superado outros países. A melhoria na qualidade da atenção à saúde das mulheres – caracterizada por oferta de maior atenção na assistência pré-natal – é um desses avanços. A redução das mortes maternas por causas obstétricas diretas em mais de 60% é outro grande avanço. No entanto, os dados revelam que, dentro do país, as regiões Centro-Oeste e Nordeste mostram as maiores razões de mortalidade materna (86). Já nas outras regiões brasileiras observa-se redução dessas taxas, especialmente nas regiões Sul e Sudeste (56, 79-80, 83-84).

O Piauí está entre os estados com os mais elevados índices de morte materna e vem tendo dificuldades em reduzir esses números. Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade referem-se a mais de 90 mortes maternas a cada cem mil nascidos vivos em todo o estado no ano de 2012 (86), sendo que o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do mesmo ano divulgou a razão de mortalidade materna no Brasil de 68 mortes para cem mil nascidos vivos (87). As causas das mortes maternas no Piauí são, quase em sua totalidade, evitáveis com uma melhor qualidade da atenção à saúde das mulheres, especialmente em relação à assistência obstétrica e à saúde reprodutiva (79-80, 84). As mortes decorrentes das doenças hipertensivas, das hemorragias, das infecções e do aborto fazem as maiores vítimas, em ordem decrescente, em todos os municípios do estado (86). Verificou-se, no entanto, que nos anos de 2011 a 2013 o aborto foi primeira causa das mortes maternas de mulheres residentes em Teresina, correspondendo a um terço das mortes de mulheres no ciclo grávido-puerperal da capital nesses três anos (88). Por outro lado, um estudo transversal e prospectivo, realizado entre 2012 e 2013 no centro de referência terciário para o atendimento de gestantes e puérperas

do estado, demonstrou que as complicações infecciosas do aborto foram a principal causa isolada de mortes maternas (89).

1.3 VIGILÂNCIA E EDUCAÇÃO

O Ministério da Saúde regulamentou a vigilância epidemiológica do óbito materno, determinando que cada estado e seus municípios devem investigar todas as mortes de mulheres em idade fértil, com o fim de identificar as que morreram no período gestacional ou até um ano após uma gravidez (90-91). Com essa medida, há possibilidade de correção dos erros na classificação das causas das mortes, frequentemente encontrados no preenchimento da declaração de óbito da mulher. Essa situação pode ser exemplificada quando não se declara, na declaração de óbito, a existência de uma gravidez atual ou nos últimos doze meses, por falha na recuperação das histórias das mulheres que chegam em estado grave aos serviços de saúde. O erro na classificação do óbito leva ao mascaramento de muitas mortes maternas e, com isso, ao desconhecimento da magnitude dessas mortes (43, 50-51). Por esse fato, tem-se sugerido o uso do fator de correção na razão de mortalidade materna com vistas a melhorar sua mensuração no país. O fator de correção que vem sendo usado nos últimos anos é 1,4 (79, 87, 94-95).

A declaração de óbito (DO) é um documento que tem, entre suas finalidades, a de cumprir as exigências legais de registros de óbitos e servir como fonte de dados para estatísticas de saúde, devendo ser cuidadosamente preenchida, respeitando as orientações mundiais. A OMS faz recomendações de que todo registro de morte seja feito com base na DO, que, por sua vez, apresenta, dentre outras informações, a(s) patologia(s) causadora(s) da morte da mulher. Dessa forma, para o preenchimento adequado de uma DO, o Manual de Classificação Internacional de Doenças, que está em sua décima revisão (CID-10), deverá ser consultado, já que esse documento contém as patologias relacionadas com a gravidez – codificadas no capítulo XV, intitulado “Gravidez, parto e puerpério”. A OMS recomenda ainda que todo óbito materno tenha sua causa básica, aquela que

ocasionou o desfecho final para o óbito, classificada por um código do capítulo citado acima e não pelas causas gerais de mortes contidas nos demais capítulos do referido livro (79, 94).

Com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que visa diminuir o total de óbitos maternos para menos de 35 para cada 100.000 nascidos vivos, o governo brasileiro tem lançado mão de estratégias para reduzir a mortalidade materna, como a vigilância epidemiológica do óbito materno. Além dessa ação governamental, vem se fortalecendo outro importante instrumento de monitoramento da morte materna e de avaliação das ações de atenção à saúde da mulher. Trata-se dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna (CPPM), órgãos interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais que têm como objetivo analisar todas as mortes maternas e indicar meios que possam diminuir sua ocorrência em cada região. Os comitês têm atuação técnica e científica, primordialmente educativa, com acompanhamento de políticas públicas. O Brasil, embora conte com pelo menos um comitê estadual em cada estado da federação, e centenas de unidades municipais distribuídas pelo território nacional, necessita de fortalecimento desses órgãos para garantir sua maior atuação (79, 95).

No quesito de investigação das mortes maternas, o Piauí tem mostrado progresso na alimentação do sistema de informação do módulo de investigação de óbitos do SIM, o que colocou o estado entre os cinco primeiros do país na investigação de morte materna declarada. Esse é um passo importante, mas esforços precisam ser envidados no avanço dos passos seguintes para a redução da mortalidade materna (91). O serviço de vigilância do óbito materno já existia no estado, mas somente foi implementado com a regulamentação da portaria GM nº 1.119 de 2008 (96). A partir desse mesmo ano, foram inseridos no aplicativo do SIM os dados sobre a morte da mulher em idade fértil, de 10 a 49 anos, no caso brasileiro, e com isso a disponibilização das informações acerca do óbito materno declarado, descartado ou investigado passou a ser viabilizada para análise posterior. A regulamentação estabelece fluxos e prazos para o sucesso das ações – real dimensionamento das mortes e propostas de intervenções – e considera o prazo máximo de 120 dias para a conclusão da investigação, a partir da data da morte. Além disso, acresce mais 30 dias para a incorporação de possíveis alterações, nos casos necessários, no SIM (86).

Vale ressaltar que o aplicativo recebe as informações da DO original e contém a ficha-síntese da investigação epidemiológica, que permanece no sistema informatizado sobre mortalidade (86). Conforme posto, o referido sistema cumpre etapa para o conhecimento da magnitude das mortes maternas de todo o país, cujo principal objetivo é desenvolver ações que culminem na redução das mortes. Para tanto, a ação conjunta do serviço de vigilância de óbitos maternos e dos comitês de mortalidade materna deverá ter o objetivo de buscar o perfil epidemiológico das mulheres falecidas, determinar as principais causas das mortes e, para que o processo seja concluído, propor medidas de intervenção para a redução das mortes (90, 97).

1.4 RAZÃO DO ESTUDO

A morte por causa materna tem sido prevalente entre adolescentes, principalmente em regiões de pobreza, o que indica maior necessidade de atenção às jovens nos serviços de saúde sexual e reprodutiva dessas localidades. Por outro lado, as elevadas taxas de mortalidade por aborto exigem que o país assegure o acesso a serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, com ofertas de contracepção moderna para a população adolescente e garantia de atendimento seguro e de boa qualidade, nos serviços de saúde, às adolescentes que praticam abortos (98).

Uma vez que o aborto é uma causa evitável de morte materna – especialmente se tiver sido praticado sob condições inseguras – torná-lo seguro seria uma forma de prevenir mortes de muitas mulheres no mundo, principalmente no Piauí (88). Os estudos têm demonstrado que, nos últimos anos, a clandestinidade da prática abortiva das mulheres pobres no Brasil é que torna o aborto inseguro: o principal método usado por elas é o misoprostol, conseguido no mercado ilegal, sem o controle sanitário adequado. Essa situação, aliada ao fato de, muitas vezes, a adolescente não ter atendimento adequado nos locais onde procura assistência quando se depara com as complicações, eleva, mais ainda, os riscos sobre sua saúde (22, 39, 52, 54-55, 92-93).

Em geral, a menina vai ao hospital acompanhada de uma pessoa responsável. A pesquisa realizada em Teresina – que, por meio de entrevistas com 30 adolescentes submetidas à curetagem uterina descreveu a trajetória percorrida por elas para a prática do aborto clandestino – verificou que muitas tinham a companhia da mãe ou de uma amiga a quem revelaram seus segredos (39).

Este estudo teve a intenção de analisar as mortes maternas de adolescentes residentes no Piauí, ocorridas de 2008 a 2013, e, em especial, conhecer, por meio dos registros oficiais e pela narrativa de familiares, as histórias das adolescentes que faleceram por aborto clandestino.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar as mortes de adolescentes relacionadas com a gravidez e ocorridas de 2008 a 2013 no Piauí.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever a magnitude e as causas das mortes relacionadas com a gravidez no período da adolescência.

2. Determinar as características das investigações do óbito materno de adolescentes no período estudado.

3. Caracterizar, por meio dos registros oficiais, como prontuários médicos e fichas de investigação do óbito, e da narrativa de familiares ou amigos, as histórias das adolescentes falecidas por aborto inseguro.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com uma etapa quantitativa e descritiva e outra etapa de natureza qualitativa. Na primeira etapa da pesquisa, houve um levantamento das mortes maternas em todo o estado do Piauí, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. O objeto do estudo foram as mortes entre adolescentes na faixa dos 10 aos 19 anos de idade. A intenção foi estabelecer a magnitude dessas mortes, descrever o perfil epidemiológico das adolescentes e as principais causas do óbito, através das fontes de informações que registraram a morte, como por exemplo, os prontuários hospitalares e as fichas de investigação do óbito. Adicionalmente, verificou-se se as investigações das mortes entre as adolescentes estavam de acordo com as orientações regulamentadas pelo Sistema Único de Saúde através da vigilância epidemiológica da morte materna (96). A segunda etapa da pesquisa constituiu-se da seleção das mortes de adolescentes por aborto; do convite de pelo menos uma pessoa ligada à menina em questão, como um familiar ou amiga, para as entrevistas; e da entrevista propriamente dita, com as pessoas que concordaram em participar. Os dados biomédicos constantes nos prontuários e a narrativa dos familiares foram o foco dessa fase.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Piauí, estado que se localiza no noroeste da região Nordeste do Brasil e tem extensão territorial de 251.529 km². Contando atualmente com 3,195 milhão de habitantes, distribuídos em 224 municípios, faz divisa com outros cinco estados: Ceará e Pernambuco a leste, Bahia ao sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e Maranhão a oeste (101). O Piauí está entre os estados que têm os mais baixos índices de desenvolvimento humano (IDH) do país (102).

3.3 PERÍODO DE ANÁLISE

O período de estudo escolhido estende-se de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013, em decorrência da implantação do módulo digital do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM WEB) no estado. A implementação tornou obrigatória a alimentação do referido sistema com informações sobre todas as mortes de mulheres em idade fértil ocorridas em cada estado (86, 91).

Os dados para este estudo foram coletados entre abril de 2013 e abril de 2015 nos sistemas de estatísticas vitais do Piauí e de Teresina: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cujo acesso se deu pelo serviço de vigilância do óbito materno do estado e do município. Além disso, houve as entrevistas feitas diretamente com familiares e amigas das adolescentes falecidas por aborto, com os dados coletados nas residências dos interessados.

3.4 VARIÁVEIS E CONCEITOS

As variáveis estudadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade foram aquelas registradas no momento da morte da mulher, pela declaração do óbito (Anexo A), e pela ficha-síntese de investigação (Anexo B), que foi preenchida durante a investigação da morte. As informações coletadas nas referidas fontes foram preenchidas em fichas, cujo modelo segue no apêndice A. Esse instrumento de coleta contém os dados epidemiológicos e sociais da adolescente, como a data de nascimento, a idade, o estado civil, a cor, a escolaridade, a data e o local de ocorrência do óbito, o município de residência, o momento do ciclo grávido-puerperal em que ocorreu o óbito e a causa. Além disso, foram adicionadas as informações da ficha-síntese da investigação do óbito, tais como aquelas referentes à assistência pré-natal, à análise do óbito, ao encaminhamento ao CPMM e às possíveis alterações ocorridas após a investigação. Dessa forma, estão presentes nos resultados o número de consultas realizadas pela mulher, com o início e o término

da assistência, o número de gestações anteriores e o tipo de resolução das gestações.

As variáveis e os conceitos a seguir foram utilizados neste estudo, seguindo orientação do Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno elaborado pelo Ministério da Saúde (2009) (103).

1) Variáveis sociodemográficas:

1.1) faixa etária: idade da mulher em anos completos, distribuídos em duas categorias — 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

1.2) escolaridade: anos completos de estudo, categorizados em: nenhuma, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, mais de 11 anos ou ignorada.

1.3) cor: classificada em branca, negra ou ignorada.

1.4) estado civil: solteira, casada, viúva, separada, outra ou ignorada.

1.5) cidade de ocorrência: um dos 224 municípios onde ocorreu a morte.

1.6) cidade de residência: um dos 224 municípios do Piauí.

2) Variáveis obstétricas:

2.1) número de gestações anteriores (exceto a atual): ignorado, sem filhos, um ou dois filhos anteriores e mais de dois filhos anteriores.

2.2) número de consultas pré-natais: ignorado, nenhuma, 1 a 6 ou mais de 6.

2.3) tipo de resolução da gravidez: parto vaginal, cesárea, ignorado ou não se aplica.

2.4) momento do óbito: se o óbito ocorreu durante a gravidez, após o parto, durante ou após o abortamento, no puerpério (até 42 dias após o término da gestação) e no puerpério tardio (entre o 43º dia e até 1 ano após o término da gestação).

2.5) causa básica do óbito: doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos e levou diretamente à morte.

3) Variáveis sobre indicadores de mortalidade materna:

3.1) razão de mortalidade materna (RMM): razão entre o número de mortes maternas obstétricas diretas e obstétricas indiretas; e o número de nascidos vivos, multiplicado pela constante 100.000.

3.2) razão de mortalidade materna específica para adolescentes (RMME): resultado da razão entre o número de adolescentes com mortes maternas obstétricas diretas e

indiretas; e o número de nascidos vivos de mães adolescentes no mesmo período, multiplicado por 100.000.

4) Variáveis sobre a investigação do óbito materno:

4.1) realização de investigação das mortes ocorridas: sim ou não.

4.2) número de dias para a inserção dos dados no sistema informatizado de mortalidade.

4.3) fontes que responderam às investigações: entrevista domiciliar, registros ambulatoriais e prontuários hospitalares.

4.4) número de mortes encaminhadas ao Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna.

4.5) mudança da causa básica da morte após a investigação: sim ou não.

4.6) mudança na ficha-síntese de investigação das mortes: sim ou não.

3.5 CARACTERÍSTICAS DOS DADOS

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- 1) óbitos ocorridos no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013;
- 2) óbitos de mulheres residentes no Piauí;
- 3) óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos.

Com o levantamento dos óbitos maternos, as mortes de adolescentes foram separadas e as investigações de cada um dos casos foram feitas a partir da recuperação dos arquivos físicos do setor de vigilância de mortes maternas das secretarias do estado e do município. A orientação para investigar as mortes das mulheres ocorridas no estado segue os critérios de RAMOS (*Reproductive Age Mortality Survey*), que aprimoram os dados e melhor identificam os óbitos maternos (104). Com essas informações, foram descritas as causas das mortes maternas entre adolescentes, estabelecendo-se sua magnitude por causa e com outras faixas etárias.

Em seguida, as mortes de adolescentes identificadas como decorrentes de aborto tiveram as fichas de investigação detalhadamente analisadas, com busca de informações, dadas por familiares ou amigas, que sugeriram ou afirmaram ter sido o

aborto provocado pela adolescente. Na investigação da morte materna, em alguns casos existiram relatos de familiares acerca do ocorrido. Familiares e uma amiga das adolescentes falecidas foram convidados para participar da segunda etapa do estudo.

Uma adolescente foi excluída da segunda etapa por impossibilidade de localização do endereço de algum parente ou uma amiga que estivessem disponíveis para a entrevista. O óbito, ocorrido em 2012, teve atraso superior a dois anos na inserção dos dados no módulo digital do SIM. A ficha-síntese registrou a informação de que a jovem teria usado remédio abortivo, sem outros detalhes. A enfermeira da área de saúde referiu que a DO foi preenchida pelo médico da equipe que residia a adolescente e não pelo profissional que a recebeu morta no hospital. A DO teve o campo de causa da morte preenchido como “morte obstétrica de causa desconhecida”. Essa morte não teve a investigação indicada para morte com causa mal-definida conforme recomenda o Ministério da Saúde (105).

A mãe foi a participante que esteve presente em todas as entrevistas na segunda etapa do estudo. A irmã de uma adolescente participou com sua narrativa, enquanto a sogra deu a primeira entrevista e fez a intermediação com a mãe de uma das cinco adolescentes incluídas no estudo. Houve também a participação de uma agente de saúde, amiga de uma das jovens. A agente de saúde fez o contato entre a pesquisadora e a família da jovem falecida. Além disso, como amiga, ofereceu sua narrativa contando alguns detalhes que colaboraram com a pesquisa. A entrevista seguiu o roteiro do Apêndice B, mas com o cuidado de deixar cada participante contar sua história sem muitas interrupções. Essa etapa teve a finalidade de conhecer um pouco das histórias de vida e da morte de cada adolescente falecida por aborto. Saber se a adolescente usou de prática abortiva clandestina era importante para este estudo. A informação, em geral, já tinha sido obtida através da leitura da investigação da morte, na etapa anterior. A confirmação ou não da prática abortiva ocorreu na entrevista, feita com pelo menos um dos entrevistados, para cumprir finalidade da pesquisa, que era a de contar as histórias de adolescentes que morreram por aborto provocado.

Um roteiro semiestruturado serviu para guiar as entrevistas. Esse instrumento explorou questões centrais relativas à prática do aborto pela adolescente e à procura pelo atendimento médico, com destaque para os fatores que motivaram a busca pelo atendimento, para o tempo transcorrido entre a procura por atendimento e o

atendimento de fato, para os esclarecimentos dados à família sobre a gravidade da situação e para o que causou a morte da adolescente. As perguntas referentes à prática do aborto identificaram o método de indução do aborto pela adolescente, como medicamentos, chás ou ervas e instrumentos introduzidos no útero. Nas perguntas relativas à procura por assistência médica foram enfatizadas as razões para tal procura e como foi o atendimento. Seguindo essa informação, foram obtidas respostas para a assistência prestada e os esclarecimentos sobre a doença e a causa da morte.

Um pouco da história de vida da adolescente morta foi tema de perguntas, tais como: os projetos idealizados, as amizades, os namoros, o curso escolar, caracterizando as marcas da sua existência. O entrevistado contou a história não registrada nos documentos biomédicos oficiais, como, por exemplo, a descrição das decisões tomadas e os fatos ocorridos na trajetória da adolescente até o adoecimento, as idas e vindas aos serviços de saúde, as queixas e reclamações. Muitas vezes, as emoções tornaram as lembranças provocadoras da necessidade de mostrar registros e memórias deixadas pela adolescentes, os quais puderam enriquecer ainda mais a pesquisa.

As pessoas entrevistadas foram devidamente esclarecidas e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). Todas as entrevistas foram realizadas na residência da família.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A primeira etapa se trata de uma apresentação descritiva dos dados, com destaque para a magnitude das mortes maternas na adolescência, as características epidemiológicas das adolescente mortas e as causas das mortes entre as adolescentes. Destacou-se ainda a qualidade das investigações das mortes maternas dessas adolescentes. Os dados estão dispostos em tabelas e gráficos para melhor visualização das informações.

Para a segunda etapa, primeiro foi feita a análise das entrevistas. Através de uma leitura minuciosa a pesquisadora fez a codificação e a tabulação dos dados baseados em oito perguntas sobre a prática de aborto, a assistência médica

prestada à adolescente e os esclarecimentos sobre as razões que culminaram na morte. Em seguida fez-se a construção das histórias circunstanciadas de cada adolescente pela análise das entrevistas, estabelecendo-se categorias de análise, unidas aos dados obtidos nas fichas de investigação das mortes maternas e em prontuários hospitalares.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A confidencialidade das informações obtidas foi mantida em todo o processo de investigação, tais como aquelas existentes nas fichas de investigação do óbito — especialmente no que se refere ao sigilo dos nomes das mulheres presentes no sistema de informação sobre mortalidade, bem como os nomes dos profissionais envolvidos na assistência hospitalar e nos demais serviços de saúde contemplados pela investigação do óbito. Houve um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice C), assinado por familiares ou amigas da adolescente falecida. Através do endereço existente na ficha de investigação, a pesquisadora fez contato com a enfermeira e a agente de saúde da equipe de atenção básica da área de abrangência, que, por sua vez, estabeleceram a aproximação com os familiares das adolescentes falecidas. A equipe de saúde fez a mediação entre a pesquisadora e as pessoas entrevistadas. O acesso às entrevistadas também foi facilitado por uma experiência prévia de comunicação da pesquisadora com as equipes de saúde, em investigação de mortes maternas no Piauí.

Importante salientar que a participação das mulheres no estudo foi voluntária e poderia ter sido encerrada a qualquer momento, caso elas o desejassem. Às entrevistadas foi garantido o anonimato, e os dados foram usados exclusivamente para fins deste estudo. Houve gravação da entrevista, importante para evitar perdas de memória da pesquisadora e para não haver interrupções no relato durante a entrevista. O aparelho gravador era discreto e de fácil manuseio, podendo ser facilmente apagada a entrevista em caso de desistência da participante. As gravações foram destruídas após as transcrições, feitas após cada entrevista, fora do campo de pesquisa.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Fundação Municipal de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camillo Filho, com o CAEE 21164013.5.0000.5212 (Anexo C).

3.8 PAPEL DA PESQUISADORA

A investigação das mortes maternas de mulheres residentes em Teresina é de responsabilidade de uma equipe que compõe a vigilância do óbito do município, da qual participa, como colaboradora, a pesquisadora deste estudo. Houve, portanto, facilidade de acesso às informações contidas nos arquivos do serviço de vigilância do óbito, o que foi útil nos caminhos propostos pela pesquisa – respeitando, sobretudo, as questões éticas envolvidas em qualquer estudo com seres humanos. A prática de investigações dos óbitos maternos tem mostrado que recordar e relatar as histórias das mulheres falecidas não causa prejuízo àqueles que participaram das investigações. No cotidiano de investigação do óbito materno, as pesquisadoras oferecem liberdade de participação da pessoa ligada à falecida, e observam que, raramente, alguém deixa de participar.

Nesta pesquisa, houve vantagens no fato de a pesquisadora ser médica – um deles foi o reforço da credibilidade do sigilo por parte das pessoas entrevistadas. Essa credibilidade deve ser compreendida como proteção do sujeito e não como imposição de sua participação, o que pode ser esclarecido na abordagem inicial da participante da pesquisa. É importante enfatizar que, nesta situação de pesquisa, a entrevista ocorreu fora de uma instituição de atendimento, o que possibilitou à pessoa mais liberdade para o consentimento. Para a pesquisadora, o campo de pesquisa permitiu-lhe um novo olhar, além do poder médico de diagnóstico e solução de problema enquanto visão profissional. Possibilitou aproximação com as histórias vividas pelas adolescentes e, por isso, a oportunidade de dar visibilidade às vidas interrompidas por uma vulnerabilidade em ser humano, mas, principalmente, por uma fragilidade de proteção a essas adolescentes.

A vivência com entrevistas de familiares de mulheres com mortes relacionadas à gravidez, na prática da investigação do óbito no serviço de vigilância de mortalidade, fez crer que algum familiar, como a mãe, ou uma amiga da

adolescente morta por causa do aborto, pudesse e quisesse relatar sobre a gravidez não desejada, a indução do aborto e os caminhos percorridos até a morte.

3.9 O CAMINHO PARA O CAMPO E AS ENTREVISTAS

Entre a primeira e a última entrevista o estudo estendeu-se de 28 de setembro de 2013 a 14 de junho de 2014. O deslocamento até a residência das famílias variou de 10 a 350 km, ou seja, de um bairro dentro da capital até uma cidade mais distante. Duas famílias residiam em Teresina e, as outras três, em cidades do sul e do norte do estado. O contato prévio com a enfermeira da área foi o primeiro passo ao andamento dessa etapa do estudo. Uma família foi contactada diretamente pela pesquisadora, sem o prévio contato da enfermeira. Para as outras famílias, a enfermeira – da área de saúde correspondente ao endereço que estava na declaração de óbito – foi a intermediadora direta ou indireta, nos casos em que houve interferência da agente comunitária de saúde. Assim, nas três primeiras cidades, a enfermeira da respectiva área de saúde indicou a agente de saúde para conduzir e apresentar a pesquisadora à família. Em dois casos, o tempo de espera pela resposta da enfermeira, após o contato da pesquisadora, foi de 3 meses. O difícil acesso até a residência de algumas famílias foi a justificativa para a demora maior de resposta da enfermeira. Nas outras três entrevistas, o tempo desde o primeiro contato da pesquisadora com a enfermeira até a realização da entrevista foi de dois meses.

De fato, antes do primeiro contato da pesquisadora e a possível entrevistada, havia uma introdução dos motivos da visita por parte da enfermeira e/ou da agente de saúde. Essa foi a principal chave para que a participante aceitasse fazer parte da pesquisa. A pesquisadora encontrou, em todas as residências, uma recepção hospitaleira e uma pessoa disposta a dar as informações por meio da entrevista. Outras pessoas também poderiam participar após a primeira participante, o que ocorreu em duas residências. Na quarta cidade, a própria enfermeira fez diretamente o contato com a mãe e a irmã da falecida. Diferente das outras famílias, que viviam em condições de muita pobreza, nesta, havia uma condição social bem acima da encontrada nas outras. A residência estava localizada em um bairro central da

cidade, a mãe era professora, e a irmã, estudante de enfermagem. A avó, de 70 anos, também estava presente, falou sobre si, sobre a família e a menina morta, mas não quis gravar entrevista. Todas as adolescentes mortas moravam com os pais, exceto uma, que residia com a sogra. As condições em que viviam, em geral, era de muita pobreza, com mais do que cinco pessoas residindo na mesma casa e renda de até um salário mínimo.

Oito pessoas que tinham ligação com as adolescentes mortas foram escolhidas para participar das entrevistas. Todas as mães das adolescentes concordaram em participar do estudo, fazendo o relato de suas histórias. Forneceram, inclusive, registros de memórias das filhas, como fotografias e escritos que tinham consigo. Além das mães, uma irmã, uma sogra e duas amigas tiveram participação na pesquisa. Foram oito entrevistas com predomínio da narrativa livre. Houve, entretanto, um roteiro mínimo de informações desejadas para o estudo, caracterizado pela história de vida da adolescente, o conhecimento e o possível relato da prática abortiva, o momento da busca pelo serviço de saúde, o atendimento pelo serviço de saúde e as dificuldades encontradas.

Uma das amigas participantes da pesquisa era também agente de saúde e atuava na área de residência da adolescente. Entretanto, foi a ligação de muita amizade entre elas que a levou, ao saber que esta pesquisa interessava-se por estudar as mortes de adolescentes por aborto, a se oferecer para relatar detalhes do aborto, movida pela ideia de que a família não os relataria, por desconhecimento ou por não aceitação de tal possibilidade. Em outro caso, a sogra esteve presente nos três últimos anos da vida da adolescente, e a irmã de uma terceira menina falecida era sua confidente. A outra amiga que participou da pesquisa foi indicada pela mãe da adolescente.

O ambiente escolhido pelas participantes para a entrevista foi o das respectivas residências, mas ficava sempre a garantia de que se, porventura, chegassem pessoas diferentes das que ali estavam – com permissão da entrevistada –, a entrevista seria interrompida. E, por esse motivo, isto é, por causa da entrada de uma pessoa não confirmada na entrevista, em uma residência houve necessidade de interrupção da gravação, que foi continuada no dia seguinte.

O aborto esteve entre as causas de morte ou foi informado na ficha de investigação da morte de seis adolescentes. Geralmente, não existia a informação de que o aborto foi provocado. Em uma das declarações de óbito essa informação

foi registrada, algo incomum, mas possível. Em outro caso, havia a informação de aborto provocado na ficha de investigação da morte, dado mais frequente nas investigações epidemiológicas das mortes por aborto. Para todas as adolescentes mortas, em algum momento, uma participante da pesquisa deu a informação de que o aborto fora provocado, exceto em uma situação na qual a mãe não fez o relato direto por não querer macular a imagem da filha – já que a adolescente não tinha lhe revelado sobre a prática –, mas justificou o possível uso do medicamento abortivo pelo desamparo emocional da jovem. Neste caso, a amiga da adolescente, indicada pela mãe, fez o relato da prática abortiva durante sua entrevista.

4 RESULTADOS

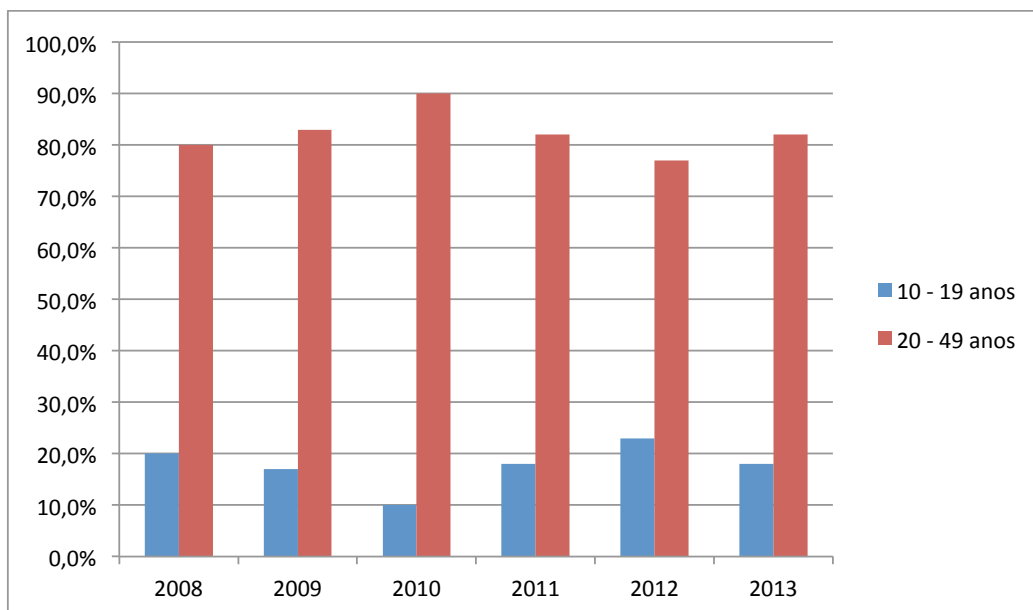
4.1 MAGNITUDE DAS MORTES ENTRE ADOLESCENTES

A primeira etapa deste estudo, quantitativa e descritiva, encontrou, registradas no SIM, 290 mortes maternas no Piauí, de mulheres entre 10 e 49 anos, no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013. A finalização desta etapa ocorreu somente em abril de 2015, já que informações sobre algumas mortes maternas referentes ao período do estudo foram inseridas no sistema digital somente em março de 2015. Em resposta ao questionamento do atraso na alimentação do referido sistema, a responsável técnica pelas Estatísticas Vitais da Secretaria de Saúde do Estado afirmou que existe uma tolerância com o atraso devido à escassez de pessoal para o registro das informações.

A busca das mortes no período da adolescência encontrou um total de 50 adolescentes mortas por causas associadas à gravidez, o que representou 17,2% das mortes maternas no estado no período correspondente ao estudo, como demonstra o gráfico 1. Uma morte foi excluída do estudo porque na segunda fase, de entrevistas, descobriu-se que a idade informada na DO, 12 anos, também não fora corrigida na investigação do óbito. Tratava-se de morte por aborto, a entrevista foi realizada e, ao final, o erro foi identificado.

Embora a idade de 10 anos tenha sido incluída – por levar em conta o estabelecido no Brasil como idade mínima para a investigação de mortes de mulheres em idade fértil (73) e por considerar os significativos registros brasileiros de mulheres que dão à luz na referida faixa etária (41) –, este estudo não encontrou nenhuma morte em adolescentes de idade inferior a 14 anos.

Gráfico 1: Percentual das mortes de adolescentes no universo das mortes maternas. Piauí, 2008-2013.



A Razão de Mortalidade Materna (RMM) no estado variou de 113,9 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos, em 2008, para 94,8 em 2013, como mostra o gráfico 2. Já para a faixa da adolescência a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) para o ano de 2008 foi de 94,6 mortes por cem mil nascidos vivos e, para o de 2013, de 78,5. Essa informação está demonstrada no gráfico 3. Os gráficos 2 e 3 revelam RMM e RMME elevadas e variáveis em todo o período estudado. A curva da RMM apresenta-se acima do nível de 100 mortes maternas por cem mil nascidos vivos nos anos pares, 2008, 2010 e 2012. Nos anos ímpares, 2009, 2011 e 2013, a curva da RMM diminuiu para os níveis de 80 e 95 mortes maternas por cem mil nascidos vivos.

A RMME para a faixa da adolescência apresenta caráter semelhante. Entretanto, observa-se ascensão maior da curva do gráfico 3 entre 2010 e 2012, quando o nível da mortalidade elevou-se de 45 para 104,9 mortes por cem mil nascidos vivos.

Gráfico 2: Razão de mortalidade materna. Piauí, 2008-2013.

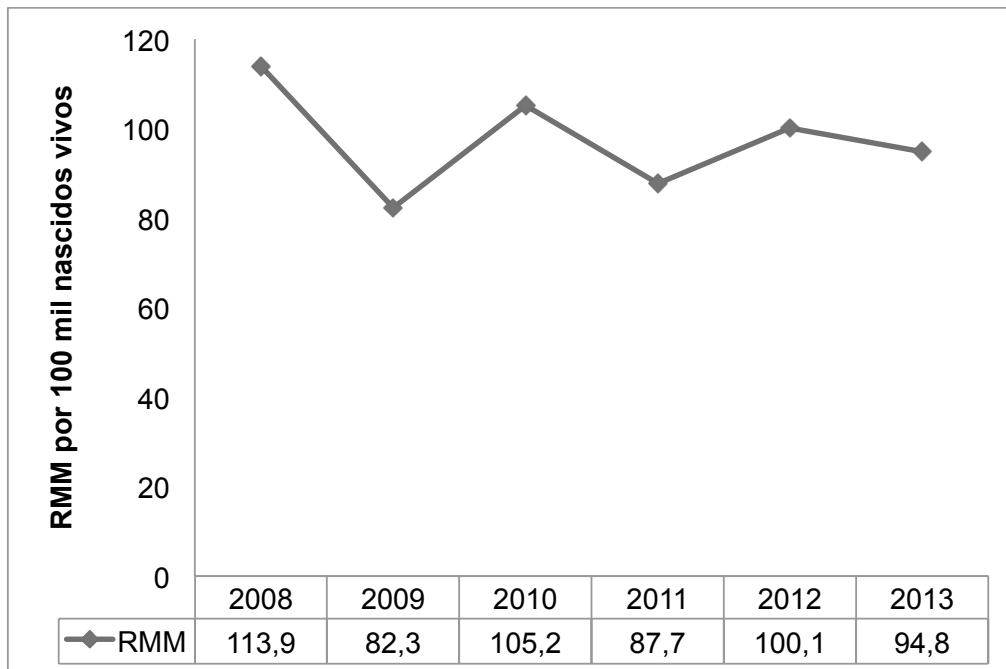
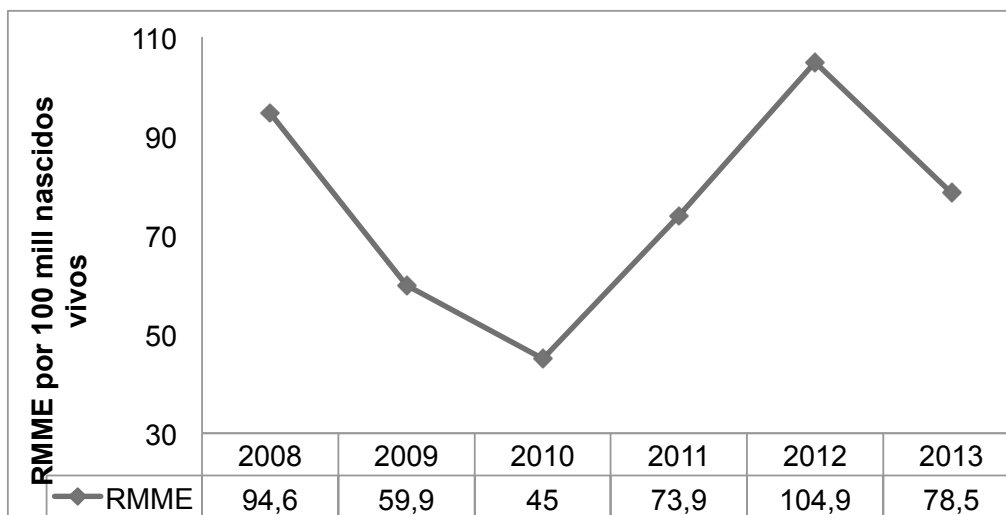


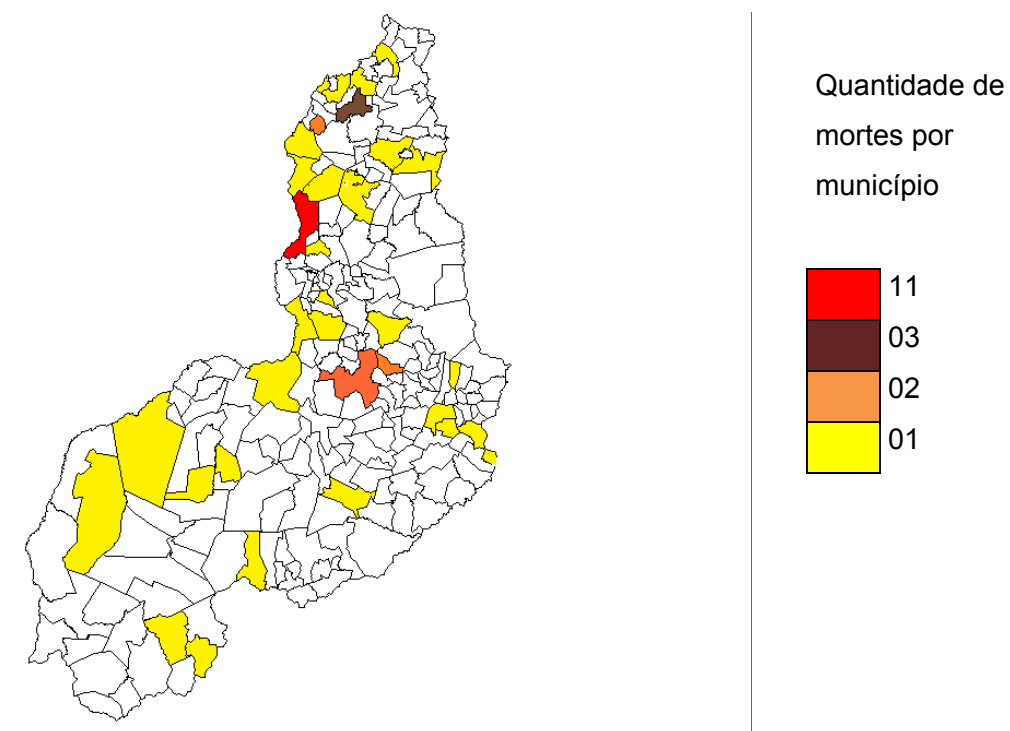
Gráfico 3: Razão de mortalidade materna específica para a faixa etária da adolescência no Piauí, 2008-2013.



4.2 MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA DAS ADOLESCENTES COM MORTE MATERNA

As adolescentes com mortes relacionadas à gravidez residiam em diferentes localidades do estado, destacadas no mapa da figura 1. A capital do estado, Teresina, foi a cidade que contou com o maior número de mortes maternas: 11 (22,0%) adolescentes. Em Esperantina residiam 3 (6,0%) delas. Em Oeiras, Ipiranga e Nossa Senhora dos Remédios moravam seis outras adolescentes que morreram – 2 (4,0%) em cada cidade. Cada uma das cidades nominada a seguir era local de residência de 1 (2,0%) adolescente que foi a óbito: Amarante, Avelino Lopes, Baixa Grande do Ribeiro, Buriti dos Lopes, Campo Maior, Caracol, Curimatá, Elizeu Martins, Floriano, Hugo Napoleão, José de Freitas, Joaquim Pires, Lagoa do Piauí, Luzilândia, Madeiro, Manoel Emídio, Massapê, Miguel Alves, Monsenhor Hipólito, Nossa Senhora de Nazaré, Pedro II, Pimenteiras, Pio IX, Piripiri, Regeneração, São João, Simões, União, Uruçuí e Valença.

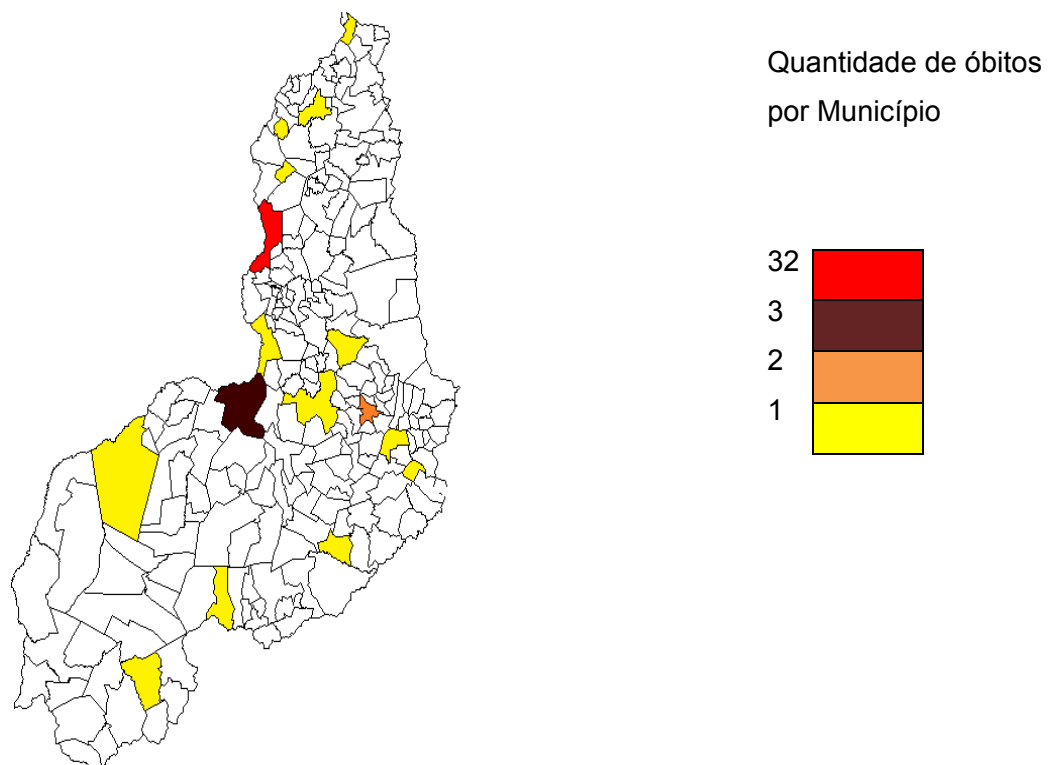
Figura 1: Cidades de residência das adolescentes com mortes maternas. Piauí, 2008-2013.



4.3 CIDADES DE OCORRÊNCIA DAS MORTES DE ADOLESCENTES

A capital do estado, Teresina, foi a cidade onde ocorreu o maior número de óbitos, com registro de 32 (64,0%) adolescentes mortas. Desse total de mortes, 21 correspondem a casos de adolescentes que se deslocaram de outras cidades para a capital, percorrendo distâncias curtas ou longas, mas, geralmente, em condições inadequadas. Muitas vezes em veículos alugados pela família ou ambulâncias sem condições mínimas necessárias ao transporte de pacientes graves. A alegação de difícil acesso a uma residência, pelo sistema de transporte de pacientes, foi motivo para que os familiares de uma adolescente com hemorragia grave a carregassem dentro de uma rede até o local onde a ambulância estava estacionada, a 400m de sua casa. As distâncias percorridas pelas adolescentes, das cidades de origem até a capital, variaram de 52 km, como por exemplo, aquela que saiu de José de Freitas, até 746 km, como foi o caso da adolescente que residia na cidade de Curimatá. Outras cidades também foram locais de ocorrência de mortes de adolescentes. Em Floriano ocorreram 3 (6,0%) mortes e em Picos, 2 (4,0%). Os municípios de Amarante, Caracol, Curimatá, Esperantina, Jaicós, Miguel Alves, Oeiras, Parnaíba, São João, Simões, União, Uruçuí e Valença registraram 1 (2,0%) morte, cada um deles. O mapa da figura 2 destaca as cidades onde ocorreram as mortes das adolescentes.

Figura 2: Cidades de ocorrência das mortes das adolescentes. Piauí, 2008-2013.



4.4 PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA ENTRE ADOLESCENTES

A declaração de óbito registrou como causas que culminaram na morte das adolescentes as condições descritas a seguir, em ordem de magnitude. Este estudo chama de transtornos hipertensivos as causas referidas como pré-eclâmpsia, eclâmpsia e/ou hipertensão arterial. Dessa forma, os transtornos hipertensivos foram causadores de 14 (28,0%) mortes entre as adolescentes, caracterizando a primeira causa nesse grupo. A segunda causa, denominada de infecção puerperal, incluiu as infecções do trato genital ocorridas no puerpério. Foram 8 (16,0%) mortes por essa causa. Um número igual de adolescentes teve como causa de morte: hemorragias, 6 (12,0%) e o tromboembolismo, 6 (12,0%). Em seguida, o aborto causou a morte de 5 (10,0%) adolescentes.

Dentro dos transtornos hipertensivos a eclâmpsia foi a causa-base para o desfecho letal do maior número de adolescentes desse grupo (7/14). Na sequência, a pré-eclâmpsia ocasionou a morte de cinco jovens (5/14) e, por fim, houve duas adolescentes consideradas hipertensas crônicas, sendo essa a causa básica de suas mortes (2/14).

Portanto, as cinco principais causas que culminaram nas mortes das adolescentes do estudo aqui apresentado foram as resultantes dos transtornos hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias, o tromboembolismo e o aborto. Existiram, no entanto, outras seis entidades patológicas que causaram a morte de mais onze adolescentes, com percentuais menores e número correspondente a 1 (2,0%) e 2 (4,0%). Complicações anestésicas (4,0%), transtornos mentais (4,0%), transtornos do fígado (2,0%), doenças infecto-parasitárias (2,0%), doenças do aparelho circulatório (2,0%) e HIV (2,0%) estavam entre essas causas. Além disso, existiram mais 3 (6,0%) mortes designadas na DO como não especificadas.

As causas das mortes maternas estão dispostas no gráfico 4.

A figura 3 representa o mapa do estado, localizando a cidade de residência das adolescentes que morreram por aborto. Estão em destaque as cidades de Teresina, Campo Maior, Luzilândia e União.

Gráfico 4: Distribuição percentual das causas de morte materna entre adolescentes. Piauí, 2008 a 2013.

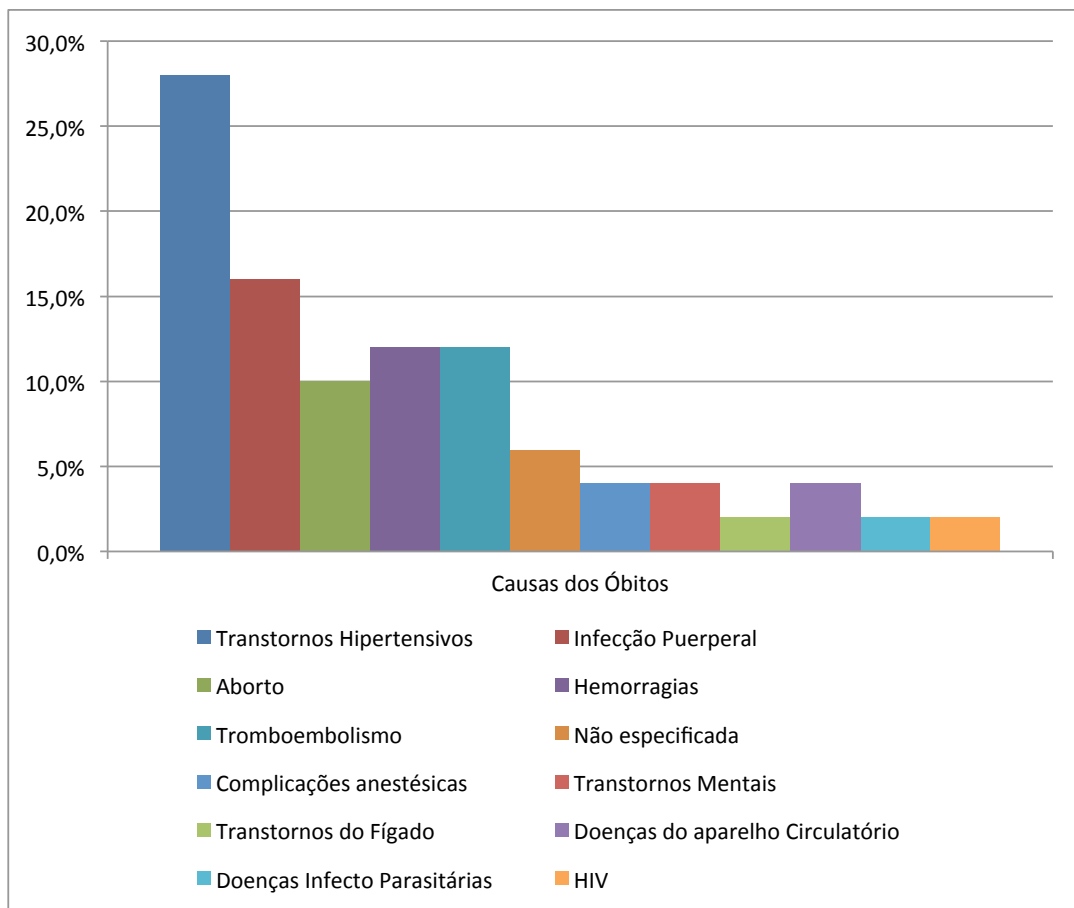
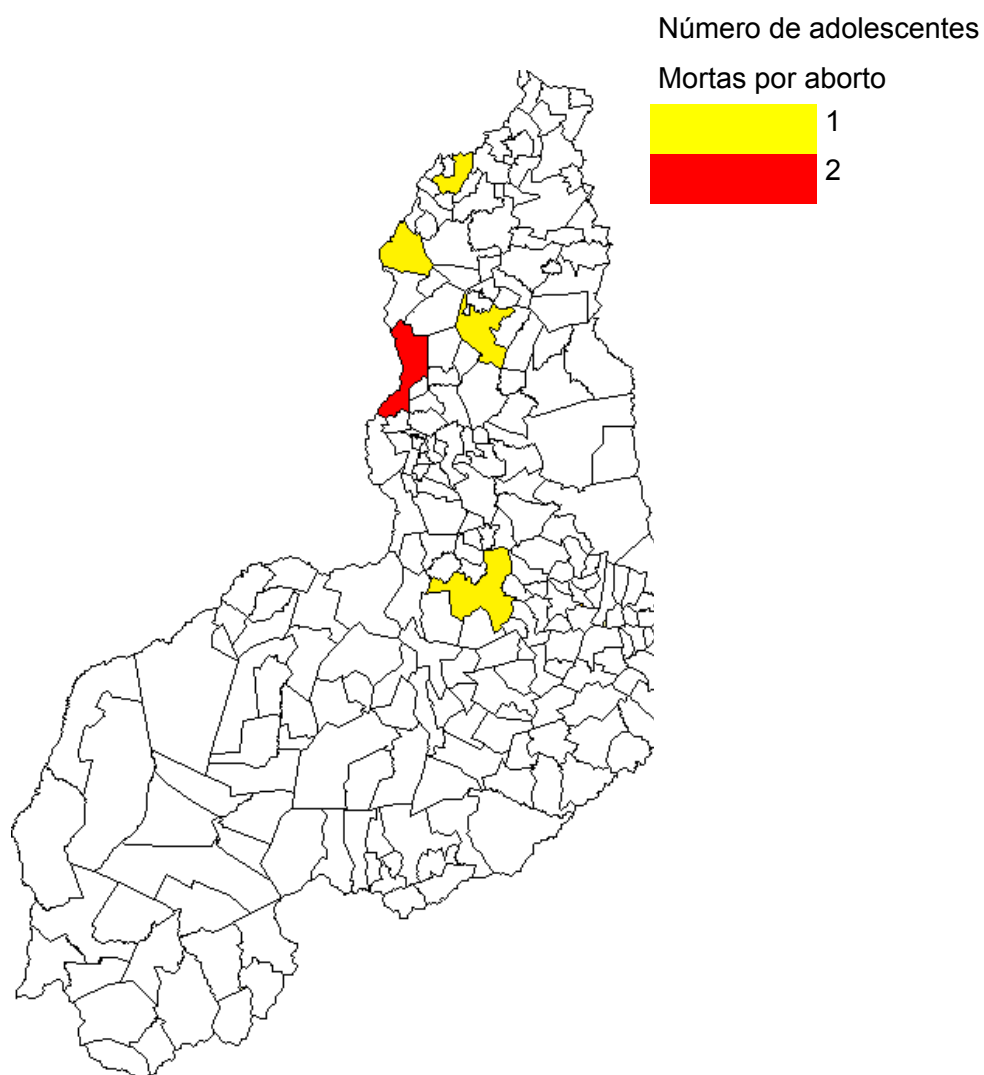


Figura 3: Municípios de residência das adolescentes mortas por aborto.
Piauí, 2008-2013.



4.5 QUEM SÃO AS ADOLESCENTES QUE MORREM?

O total de adolescentes com morte materna e idade inferior a 18 anos foi de 24 (48,0%), mas a maioria, 26 (52,0%) delas, tinha idade entre 18 e 19 anos. As adolescentes foram caracterizadas como negras em 35 (70,0%) declarações de óbito preenchidas. Houve 8 (16,0%) registros em que a cor da falecida não estava especificada. O estado civil das jovens consta como solteiras em 18 (36,0%) dos casos; casadas, 10 (20,0%); união estável, 2 (4,0%). Não houve preenchimento desse campo em 20 (40,0%) registros. Já a escolaridade das meninas, indicada na DO como anos de estudo, variou de nenhum até 12 anos. A escolaridade, em anos de estudo, não foi preenchida em 20 (40,0%) das declarações. Entre as adolescentes que tiveram o campo de anos de estudo preenchido, 6 (12,0%) tinham de 1 a 3 anos de estudos; 11 (22,0%) tinham de 4 a 7; e 13 (26,0%) de 8 a 12. Mais da metade, 27 (54,0%) delas, estava na primeira gravidez. A segunda gravidez estava se desenvolvendo em 9 (18,0%) adolescentes, e a terceira em 3 (6,0%) delas. Essa informação não foi preenchida nos registros de 11 (22,0%) adolescentes. Esses dados estão dispostos na tabela 1.

A atenção pré-natal foi dada a 28 (56,0%) adolescentes, com variação de 1 a 9 consultas e média de 3. Do total de adolescentes mortas, 6 (12,0%) não tinham realizado o pré-natal. Não houve preenchimento do campo de assistência pré-natal nos registros de 6 (12,0%) das adolescentes, e a informação foi colocada como ignorada em 11 (22,0%) dos documentos. Dessa forma, mais de 30% das meninas mortas não fizeram ou não se sabe se fizeram pré-natal. O início da assistência pré-natal, para aquelas que o fizeram (28/50), ocorreu antes do quarto mês em 18 (64,3%) dos casos, e 10 (35,7%) delas o iniciaram após o quarto mês de gravidez, sendo que 17 (60,7%) adolescentes passaram por mais de 6 consultas, e 11 (39,3%) delas por menos de 6 consultas.

O tipo de parto ou via de nascimento foi a cesárea para 18 (36%) delas, e vaginal para 13 (26,0%). A informação sobre a via de nascimento ficou ausente em 10 (20,0%) registros, e o campo “não se aplica” foi preenchido em 9 casos, correspondendo às adolescentes que morreram antes de darem à luz e àquelas que morreram durante o aborto. Por outro lado, a situação obstétrica no momento da morte da adolescente foi a seguinte: 31 (62,0%) delas estavam no puerpério

imediate ou até 42 dias após o parto, 10 (20,0%) morreram grávidas e 5 (10,0%) delas morreram durante o aborto. Não houve preenchimento dessa informação em 4 (8,0%) registros, como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Características das adolescentes com mortes maternas. Piauí, 2008 a 2013.

Variáveis	n	%
Cor¹		
Negra	35	70,0
Branca	7	14,0
Estado civil¹		
Solteira	18	36,0
Casada	10	20,0
União estável	2	4,0
Faixa etária (anos)		
14 a 17	24	48,0
18 a 19	26	52,0
Anos de estudo¹		
1 a 3	6	12,0
4 a 7	11	22,0
8 a 12	13	26,0
Gestações¹		
1	27	54,0
2	11	22,0
3	2	4,0
Realização de pré-natal¹		
Sim	28	56,0
Não	5	10,0
Ignorado	11	2,0
Início do Pré-Natal		
Até 4º mês de gestação	18	64,3
Após 4º mês de gestação	10	35,7
Número de consultas		
Menos de 6 consultas	11	39,3
6 consultas ou mais	17	60,7
Tipo de parto¹		
Cesárea	18	45,0
Vaginal	13	32,5
Não se aplica	9	22,5

Continuação

Tabela 1. Características das adolescentes com mortes maternas.

Piauí, 2008 a 2013

Momento do óbito¹

Gravidez e parto	10	20,0
Puerpério imediato até 42 dias	31	62,0
Aborto	5	10,0

¹ Campos da declaração de óbito sem preenchimento: cor (16,0%); estado civil (40,0%); anos de estudo (40,0%); gestações (20,0%); realização de pré-natal (12,0%); tipo de parto (20,0%); momento do óbito(8,0%).

4.6 CARÁTER DAS INVESTIGAÇÕES DAS MORTES

Das 50 mortes, 37 (74,0%) foram investigadas. Do total de mortes investigadas, 18 (48,6%) foram encaminhadas para avaliação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna (CPMM), que, segundo registro da ficha-síntese, deu parecer para 6 (33,3%) delas. Esse comitê não fez nenhuma mudança na causa básica de morte de qualquer um dos casos nem interferiu nas informações preexistentes na ficha de investigação. Dessa forma, até abril de 2015, período que ultrapassa muito as recomendações de investigação e avaliação das mortes das adolescentes deste estudo, 13 (26,0%) delas não tinham sido investigadas pela vigilância do óbito materno. Com isso, 32 (77,4%) mortes não haviam passado por avaliação do CPMM, incluindo todas as mortes que tiveram como causa o aborto.

As fontes que deram respostas à investigação das mortes maternas que passaram por esse processo foram entrevista domiciliar, registros ambulatoriais e prontuários hospitalares para 10 (27,0%) delas. Outras 14 (37,8%) mortes foram investigadas somente por entrevista domiciliar, e 7 (18,9%) por prontuários hospitalares. Já em 4 (10,8%) outras, a investigação foi realizada por entrevista domiciliar e prontuários hospitalares. Registros ambulatoriais e entrevista domiciliar foram as fontes de 1 (2,7%) investigação. Houve ainda 1 (2,7%) morte investigada apenas pelo registro ambulatorial. Em relação à inserção das investigações no aplicativo digital do sistema de informação sobre mortalidade, das mortes investigadas, observou-se que 19 (51,4%) delas foram inseridas com atraso que variou entre 151 e 2.490 dias. As outras 18 (48,6%) foram inseridas no prazo de 26 a 150 dias.

4.7 O ABORTO COMO CAUSA DE MORTES DE QUATRO ADOLESCENTES

A descrição das mortes dessas adolescentes por aborto contempla os dados alcançados nos documentos oficiais, prontuários e fichas de investigação do óbito materno, além do conteúdo das entrevistas com familiares e amigas das adolescentes.

Informações gerais encontradas na maioria das entrevistas estão aqui descritas para não serem repetitivas em todos os relatos. Por exemplo, a informação sobre o acesso ao método abortivo era desconhecida às entrevistadas, que alegaram o fato de a prática abortiva ter sido descoberta somente após a adolescente revelar ter provocado o aborto, no momento em que precisou de assistência médica.

As razões que motivaram a busca por assistência médica ficaram categorizadas como sangramento abundante ou hemorragia vaginal e dores pélvicas intensas. As respostas para a assistência prestada e os esclarecimentos sobre a doença e a causa da morte foram categorizados como não valorização das queixas e dos sinais apresentados pela adolescente, diagnósticos imprecisos para explicar permanências hospitalares prolongadas, piora da condição orgânica da adolescente durante a internação e o entendimento de que aborto provocado foi o que levou a adolescente à morte.

A exposição das informações seguem a ordem cronológica de ocorrência das mortes entre 2008 e 2013.

4.7.1 O aborto de adolescente em pré-vestibular

Aos 16 anos, branca, estudante do 3º ano do ensino médio, residia com os pais e um casal de irmãos em área urbana de cidade próxima à capital. Preparava-se para o vestibular de Direito quando descobriu a gravidez. As entrevistadas não souberam informar em qual trimestre foi descoberta a gravidez, mas disseram que houve tentativas malogradas de aborto com Cytotec® pela adolescente, com uso persistente do remédio mesmo com o avanço da gravidez. Dose e forma de uso são desconhecidas. Para a família, a adolescente negou estar grávida até a resolução por um parto de um feto morto.

Antes do desfecho gestacional, passou por dois hospitais, com fortes dores abdominais e acompanhada da mãe. A mãe a interrogava sobre a possibilidade de os sintomas serem decorrentes de uma gravidez, mas a adolescente mantinha a negativa de tal possibilidade. No primeiro hospital, não foi examinada, mas recebeu medicamento com a justificativa de se tratar de cólica renal. Não tendo apresentado

melhora no período de 5 horas, foi encaminhada para o hospital geral, localizado na capital, a 120 quilômetros de distância. No segundo hospital, gravidez avançada foi a hipótese principal, sendo a menina, então encaminhada para a maternidade local.

Na admissão no último hospital, concluíram tratar-se de condição que complicava a gravidez: morte fetal e infecção materna. A mãe da adolescente, lamentando o ocorrido, explicou que não tinha conhecimento do estado da filha, e informou que havia grande possibilidade de que a adolescente tivesse tomado medicamento para abortar, já que escondeu da família a gravidez. A mãe questionou se isso resultaria em risco sobre sua vida. A resposta do profissional foi de que o estado era grave, *pois ali havia uma situação de aborto provocado*.

O feto nasceu morto, pesando 3800g, e a adolescente morreu por hemorragia e infecção generalizada após dois dias. A causa básica da morte foi “aborto retido”. As informações existentes registram comprometimento dos órgãos vitais por sepse. Não há dados que expliquem os danos causados pelo Cytotec® sobre o corpo da adolescente. Mas persistia a alegação dos profissionais para a família, segundo os quais as mortes tanto da adolescente quanto do feto teriam sido causadas pelo aborto provocado. Também não existem explicações para o registro inadequado da causa básica da morte da adolescente – o aborto retido. Dessa forma, o registro resultou em subinformação da morte.

Ainda houve tempo de mãe e filha conversarem e lamentarem sobre o ocorrido. A mãe questionava o motivo da filha não ter solicitado sua companhia para seguir com a gravidez. A filha, embora tenha pedido desculpas por não ter revelado seu estado, em nenhum momento mostrou arrependimento pelo que fez. Afirmava que a decisão seria inegociável, pois não *queria uma gravidez naquele momento*.

A escassez de informações documentais, especialmente os prontuários médicos, prejudicam respostas para muitos questionamentos que surgem diante dessa morte.

4.7.2 O aborto de adolescente mãe e estudante

Adolescente de 18 anos, negra, estudante do 2º ano do ensino médio, solteira, com uma filha de 3 anos. Morava com a mãe, três irmãs, um irmão e a filha, a 250 km da capital. Uma renda de aposentaria sustentava a família. A menina experimentava a adolescência com as expectativas de qualquer outra da mesma idade, tais como namorar, fazer um curso superior e trabalhar para ajudar a mãe, que detinha a guarda não oficial da neta desde o nascimento, quando a adolescente estava com quinze anos. O pai biológico da criança tinha outra família e não assumiu nenhuma responsabilidade sobre a filha. A mãe, com 60 anos, não conhecia o atual namorado e se preocupava com os descuidos da adolescente em relação à prevenção de gravidez, pois já tinha falhado uma vez.

Dores fortes no baixo ventre se iniciaram, e foram acompanhadas de sangramento vaginal pequeno dez dias antes de sua morte. Ela tinha percebido atraso menstrual, além de sintomas de gravidez, e havia tomado o Cytotec®. Era tudo que se sabia. Os sintomas se exacerbaram e foram acompanhados de febre no dia da ida ao primeiro hospital, na cidade de residência. As dores fortes fizeram a adolescente e a mãe procurarem atendimento.

O atendimento médico prescreveu analgésico e deu um encaminhamento para o hospital da capital, com suspeita de apendicite. No dia seguinte a adolescente chegou ao hospital de urgência referendado. Uma ultrassonografia mostrou gravidez e presença de batimentos cardíacos fetais, o que, segundo o profissional que a atendeu, tornava necessária uma internação em maternidade para controlar o sangramento que estava aumentando. O diagnóstico dado à mãe da adolescente foi de ameaça de aborto. No serviço para o qual foi encaminhada, a adolescente ficou internada para tratamento clínico. A mãe, que a acompanhava, precisou retornar para casa e deixou como acompanhante uma tia.

No quarto dia, a adolescente se comunicou por telefone com a mãe, relatando que estava muito insatisfeita e incomodada com a internação, explicando que suas dores não eram valorizadas e não experimentava nenhuma melhora. Dizia que se sentia fraca, ainda com sangramento vaginal, mas a informação que recebia quando se queixava para algum profissional era de que deveria esperar, que a melhora iria ocorrer. No dia seguinte à comunicação com a mãe, a menina evadiu-se da

maternidade, retornando para casa, a 250 quilômetros de distância. As dores e o sangramento transvaginal aumentaram, com eliminação de grande quantidade de sangue e *uma bola de sangue grande*, na noite do mesmo dia.

A mãe a levou novamente ao hospital local. A adolescente apresentava febre e calafrios. Imediatamente, foi transferida para Teresina. Passou mais três dias internada com infecção grave, em Unidade de Terapia Intensiva, onde morreu por sepse. Durante essa segunda internação, a adolescente foi submetida a cirurgia pélvica, com histerectomia. Os registros referem “comprometimento de órgãos pélvicos por infecção do aparelho digestivo”, sem especificação de qual órgão digestivo. Os relatos de prontuários informam a presença de vitalidade embrionária, mas faltam dados que justifiquem a ausência de conduta diante das queixas de dor e sangramento persistente na jovem, na primeira internação. Há escassez de dados para responder questionamentos sobre a conduta frente a uma situação que se apresenta como morbidade materna grave.

4.7.3 O aborto de adolescente mãe e doméstica

Adolescente de 18 anos, casada, negra, doméstica, com uma filha de 2 anos e 6 meses. Completou o ensino médio. Estava em união estável havia 2 anos. Um ano antes, fez um aborto, no segundo mês de gravidez, com o Cytotec®. Não houve complicações, contudo foi necessário fazer curetagem uterina. Com a descoberta de nova gravidez, através do beta HCG, decidiu usar, novamente, o Cytotec®. A compra do medicamento foi adiada por mais de um mês porque a adolescente teve que esperar para receber o salário de babá, que estava atrasado.

Os quatro comprimidos de Cytotec® custaram duzentos e cinquenta reais, metade do seu salário. O medicamento foi tomado com mais de três meses do atraso menstrual. A adolescente tomou a mesma dose que usara na vez anterior. Ficou aguardando o início do sangramento vaginal por três ou quatro dias. Começou a sentir cólicas mais fortes do que o sangramento, o que a fez procurar o serviço médico de urgência. Pensava que já estaria na hora de fazer a curetagem, como fez anteriormente. Ao ser atendida, no entanto, recebeu uma prescrição de analgésico e

a sugestão para procurar o pré-natal, porque tratava-se *apenas de uma ameaça de aborto, com feto vivo e normalzinho, pela ultrassonografia*.

Uma semana se passou entre a consulta na urgência e o início de sangramento intenso e sintomas de febre, quando a adolescente retornou ao mesmo hospital. O diagnóstico da internação foi *aborto infectado*. Entretanto, houve uma prescrição de medicamento para inibir o aborto. Dessa vez, a ultrassonografia visualizava um feto vivo de 14 semanas. A internação transcorria, a adolescente apresentava sangramento vaginal moderado, persistente, que lhe causou anemia acentuada. A gravidez foi mantida, apesar do agravamento do quadro clínico. A adolescente apresentava astenia e debilitação. *Não tinha forças para levantar*. As explicações para as aflições da família eram de que a presença de vitalidade fetal justificava a conduta expectante para o caso.

Duas semanas mais tarde, o quadro clínico da adolescente piorou mais ainda e foi recomendada a transferência para a maternidade terciária. O diagnóstico na admissão do referido hospital foi de choque séptico. Nova ultrassonografia foi realizada: havia morte fetal. Nesse momento, ocorreu a indicação para curetagem uterina. Após a cirurgia de curetagem, a adolescente foi encaminhada para a UTI, onde permaneceu por um mês, sem melhora clínica. Devido à gravidade do caso e ao seu comprometimento orgânico, a pedido do serviço social, a mãe se dirigiu àquele setor para autorizar a realização de *traqueostomia*. Nesse momento recebeu, da assistente social, a informação acerca dos gastos financeiros que o serviço dispensava durante toda a estadia no hospital. A adolescente morreu por sepse, após 45 dias de internação.

4.7.4 O aborto de adolescente que estava aceitando a gravidez

Aos 18 anos, solteira, negra, estudante do 1º ano do ensino médio, desejava fazer administração. Residia com a mãe. Era única filha. Estava em seu primeiro namoro havia alguns meses, quando deu à mãe a notícia da gravidez e afirmou que desejava seguir com a gestação, dando início ao pré-natal. O namorado aceitava a situação. Após o terceiro mês a mãe percebeu mudanças emocionais na

adolescente, descrevendo-as como normais ao período. Mas, também, percebeu que ela queixava-se de cólicas com muita frequência.

Em uma consulta de pré-natal, mãe e filha receberam orientação para fazer uma avaliação em ambulatório de doenças tropicais, por causa de um exame alterado para toxoplasmose. A mãe a acompanhou na consulta do serviço recomendado. Lá receberam receita dos medicamentos para combater o problema, sem muitas explicações. O elevado custo dos remédios impossibilitou o tratamento. Semanas depois dessa consulta a adolescente chegou do colégio muito pálida e com sangramento vaginal acentuado. A mãe, muito assustada, levou-a para a urgência da maternidade. Ao final do atendimento, o médico informou que o feto não tinha mais vida e não alcançara o quinto mês de gravidez. Perguntou sobre intercorrências no pré-natal. A mãe, então, relatou sobre a possível toxoplasmose e a não aderência ao tratamento. O médico concluiu que a provável causa da morte fetal seria a infecção. Diante disso, a adolescente deveria ficar internada para resolver o problema. A mãe não pôde acompanhar a filha, mas ficou esperando por notícias, que não chegaram nas seis horas de espera. Foi em casa e retornou mais ou menos três horas depois. Ao retornar à maternidade, uma pessoa comunicou que a adolescente não resistira e morrera por infecção. A explicação dada foi sobre o possível acometimento orgânico pela toxoplasmose.

Os registros não indicam em que medida a toxoplasmose acometeu a adolescente para causar dano que justificasse a falência de órgãos vitais. Há mais suposições do que fatos comprobatórios. Não existe laudo de necropsia. O serviço existe na capital, mas a solicitação desse laudo não é uma prática de rotina. Ao ser interrogada se a filha teria usado medicamento abortivo, a mãe respondeu que não sabia, porque a adolescente não tinha lhe dito nada a esse respeito. A dúvida sobre essa resposta não causou nenhum desconforto a ela, mas o peso de não ter conseguido custear o tratamento para a toxoplasmose doeu-lhe de forma tão intensa que a fez se sentir culpada pela morte da filha. A mãe informou que, se a filha usou medicamento abortivo, foi porque tinha decidido não seguir com uma gravidez comprometida por uma doença que não conseguira tratar.

Ambas haviam procurado informações sobre as complicações resultantes do problema em caso de não tratamento, e ficaram tristes com o que leram. Entretanto, nas duas consultas que tiveram em unidades de atenção à mulher grávida havia a informação da possibilidade de toxoplasmose, sem nenhum exame que confirmasse

ou descartasse a doença durante a gravidez, o que poderia ter dado maior segurança à jovem sobre a possibilidade de comprometimento fetal. Não há registro em prontuário, nem relato da mãe sobre as consequências de ser portadora de toxoplasmose na gravidez, mas a dúvida não esclarecida deixou a adolescente em total desamparo gestacional, justificou a mãe. A amiga revelou que a adolescente fez uso do Cytotec® por temer as graves complicações fetais.

5 DISCUSSÃO

A morte de mulheres no início da vida reprodutiva, por condições sabidamente evitáveis quando uma assistência adequada é oferecida, representa uma das mais agressivas violações aos direitos humanos. O presente estudo ousa dizer o que tem sido mencionado por autores (19) que consideram a morte de adolescentes no período gestacional, morte violenta, que agride o corpo feminino. Portanto, poder-se-ia categorizar esse tipo de morte como uma questão de gênero, e, por fim, de feminicídio, sendo o Estado agressor por omissão de direitos básicos.

Investir na década adolescente é a forma mais provável de alcançar um mundo globalmente propício às melhores condições de vida, através da quebra do ciclo de pobreza, da igualdade entre gêneros e do fortalecimento das adolescentes. O investimento compreende, entre outros tantos já pactuados entre as nações, escolarização adequada à faixa etária e a assistência à saúde sexual e reprodutiva (2).

A morte materna no período da adolescência representou 17,2% do total das mortes maternas no Piauí, percentual acima da média do país – que, segundo a última análise da situação de saúde no Brasil (2014), é de 14% para essa fase. Superior, inclusive, à taxa do Nordeste, 16,1% (106). O perfil das adolescentes mortas analisadas nesta pesquisa é destacado como meninas negras, de baixa escolaridade, em sua primeira gestação e residentes no interior do estado. Vale ressaltar a elevada frequência de não preenchimento dos campos que informam dados epidemiológicos das adolescentes, tanto na declaração de óbito quanto na ficha-síntese de investigação da morte materna, o que torna baixa a qualidade das informações presentes no sistema de informação sobre mortalidade. O preenchimento do campo “cor da adolescente” ficou ausente em 16% das declarações de óbito, o dobro do que foi verificado nos registros nacionais em 1996 (90). Embora não tenham sido mostrados os dados do estado naquele ano, os atuais demonstram um empobrecimento dessa informação em relação ao que foi visto há duas décadas, nacionalmente. No quesito escolaridade, somente 30 jovens tiveram a informação preenchida. Dessas, mais da metade (18/30) apresentou escolaridade menor que 8 anos de estudo, revelando baixa escolarização.

Discutir o que representa o fato de a maioria das adolescentes mortas ser de cor negra é, pelo menos, corroborar com um importante marcador de iniquidades no país – inclusive em relação às demandas de saúde. Viabilizar a discussão da categoria “cor”, neste estudo, está longe de questões biológicas. As patologias causadoras das mortes de mulheres no ciclo grávido puerperal são comuns a qualquer mulher (81). Por outro lado, o grau de comprometimento e de severidade da doença que acomete a adolescente geralmente depende do acesso aos serviços de saúde e da assistência a ela prestada (107). As desigualdades sociais no Brasil são mais evidentes em grupos populacionais de cor negra, o que é considerado uma problemática pertinente, porque essas são populações que, tradicionalmente, se encontram em ambientes social e economicamente desfavoráveis, sem acesso à educação e à saúde de qualidade, contexto sabidamente fragilizador de um desenvolvimento pessoal adequado, que as tornariam capazes de tomar decisões responsáveis acerca de seu comportamento sexual (108-109).

O estudo realizado por Maria do Carmo Leal e colaboradores (2005) concluiu serem bem evidentes as desigualdades sociais e o acesso aos serviços de saúde em relação à cor da pele de puérperas que necessitaram de assistência ao parto no Rio de Janeiro. Observou-se maior proporção de puérperas adolescentes negras, com baixa escolaridade, do que as mulheres de cor branca; as mulheres negras peregrinaram em busca de assistência médica mais frequentemente do que as brancas. Verificou-se ainda que a discriminação ocorreu, especialmente, em virtude da cor da pele e do nível educacional (109).

Quanto às adolescentes desta pesquisa, os resultados revelam baixa escolarização, porque a maioria tinha menos que 8 anos de estudos. A UNICEF espera que os países coloquem seus adolescentes em um nível de escolaridade adequado à idade, de modo que em torno dos 15 anos de idade atinjam nove anos de estudo, adentrem o ensino médio e possam usufruir dos ganhos adquiridos com o aumento do conhecimento e as informações, o que inclui a postergação de uma gravidez precoce e maior autonomia dentro da sociedade (2, 3).

O baixo nível de escolaridade associado à gravidez na adolescência vem sendo verificado em outros estudos (2, 18), e não é surpresa a descoberta de que as adolescentes mortas também estivessem fora da escola ou com o nível de escolaridade abaixo do esperado para a faixa etária, conforme a recomendação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (2). Maior escolarização de adolescentes

indica, portanto, avanço de desenvolvimento do país. Sobre esse indicador o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2014) elaborou um relatório nacional de acompanhamento dos ODM, no qual se afirma que os resultados atuais apontam para um avanço brasileiro no alcance das metas dos objetivos, mas não se nega que ainda há muito que se trabalhar para a população atingir escolarização adequada à faixa etária (83).

Os mais baixos níveis de escolarização encontram-se em população com características semelhantes (2) às encontradas no grupo das adolescentes deste estudo, cujas famílias não apresentam nenhum grau de instrução e têm renda de até um salário mínimo (dados não mostrados). O perfil escolar das adolescentes não corresponde ao que foi demonstrado pelos indicadores de outras regiões do país, que revelaram nove anos completos de estudos para adolescentes que chegaram aos 14 anos de idade (83). Para as adolescentes aqui apresentadas isso significa que a escolarização permanecia no patamar inferior, semelhante ao encontrado nos anos de 1990 no Brasil, ano-base de comparação futura do avanço dos ODM. Esse dado representa, portanto, grande desigualdade, uma vez que houve avanço nas outras regiões brasileiras (83).

Em relação à experiência gestacional das adolescentes deste estudo, verifica-se que mais da metade das jovens morreu na primeira gravidez e que cerca de um quarto delas já tinha passado por duas ou três gravidezes. Esses dados são condizentes com as estatísticas do IBGE (2009), que registraram elevada fertilidade nas adolescentes brasileiras, especialmente na região Nordeste (110), não tendo mostrado nenhuma melhora, especialmente em relação à repetição da gravidez na adolescência. Adicionalmente, quase metade (23/51) delas tinha idade inferior a 18 anos, o que as coloca na categoria do grupo com maiores riscos de morbidade e mortalidade (2, 37, 107, 111).

A maioria das adolescentes do estudo residiam no interior do estado, embora a capital fosse local de residência de muitas das meninas. Uma excessiva quantidade de adolescentes (21/40) procedentes do interior do estado morreu na capital, o que pode encontrar explicação no fato de ser Teresina a cidade detentora do único serviço de assistência terciária à mulher no ciclo grávido-puerperal. Tal realidade denuncia o perigo colocado sobre a vida de mulheres do estado, que percorrem longas distâncias em busca de atendimento mais complexo. Uma pesquisa demonstrou que um maior tempo gasto no transporte de mulheres grávidas

que necessitavam de atendimento especializado, entre serviços hospitalares, evidenciou maiores riscos de mortes maternas pelo retardo no atendimento (112). A localização regional de residência das meninas mortas, a baixa renda e a escolarização inadequada aumentam a vulnerabilidade e os riscos de uma existência bem-sucedida. Além disso, diante da ocorrência de uma gravidez nessas condições elevam-se as possibilidades de desfechos negativos (2, 112).

A situação obstétrica das adolescentes no momento da morte revelou que dois terços delas faleceram até 42 dias depois da resolução da gravidez. As demais, durante a gravidez ou aborto. No que diz respeito àquelas que morreram no puerpério, as informações disponíveis na pesquisa não são suficientes para distinguir as mortes ocorridas nas primeiras 48 horas após o parto das que ocorreram após esse período. Essa indisponibilidade de informações deve-se, principalmente, à ausência de preenchimento da ficha de investigação da morte.

Um estudo da mortalidade materna nas capitais brasileiras (2004) encontrou resultados semelhantes ao selecionar as mulheres que morreram no ciclo grávido-puerperal – sendo que aproximadamente um quarto tinha morrido durante a gravidez, e as demais no puerpério. O referido estudo acrescentou que cerca de metade das que estavam no puerpério morreu até 48 horas após o parto. Esse estudo demonstrou, também, que o fator de correção das mortes maternas no conjunto de capitais brasileiras foi de 1,4. Adicionalmente, especificou o ajuste para cada região do país, de modo que a região Sul foi a que teve o maior fator de correção, 1,83, e, a região Norte, o menor, 1,08. O Nordeste brasileiro teve fator de correção de 1,76 (93).

A abordagem metodológica pela *Reproductive Age Mortality Study* (RAMOS) fornece dados que possibilitam esses achados, sendo essa uma das mais precisas formas de estabelecer a magnitude da mortalidade materna de uma região (92). Uma vez estabelecidas as reais causas de mortes de mulheres no ciclo grávido-puerperal há maior probabilidade de serem implementadas ações destinadas a garantir uma maior segurança das mulheres em momentos de grande risco. Essa é uma das propostas que vêm sendo discutidas para a agenda 2016 a 2030, com a intenção de manter a vigilância na redução da razão de mortalidade materna, não alcançada até 2015 pela maioria dos países (113, 114).

Das mortes que foram investigadas, considera-se que mais de 80% (28/34) das adolescentes tiveram acesso à assistência pré-natal. Com base em dois critérios

de adequação da assistência pré-natal estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN-2002) – no que diz respeito à atenção prestada às adolescentes desta pesquisa quanto ao número de consultas realizadas e ao mês de início do atendimento –, o estudo demonstrou que 64% (18/28) tiveram no mínimo seis consultas e 60% (17/28) iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gravidez. Esse é um dado que se contrapõe às evidências que mostram ser a assistência pré-natal importante recurso de redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (115-122). Por outro lado, pesquisas têm questionado a qualidade da assistência prestada às mulheres durante o período gestacional, especialmente em relação ao número de consultas realizadas e à capacidade de identificação do risco materno (123-125), o que, até certo ponto, pode ser reforçado pelos dados aqui apresentados.

A abrangência da assistência pré-natal, o número de consultas, a disponibilidade de recursos de apoio para diagnósticos com uma visão de respeito e ética da mulher é o que dá maior qualidade à assistência (117,118,123). Dentro dessa perspectiva o Ministério da Saúde (2000) instituiu o PHPN no sentido de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna através de medidas asseguradoras do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. De acordo com o PHPN uma adequada assistência pré-natal à gestante e puérpera se dá quando a primeira consulta ocorre até o quarto mês de gravidez, quando há pelo menos seis consultas antes do parto e uma no puerpério, até 42 dias. Além disso, é preciso ter a garantia de realização de todos os exames da rotina preconizada pelo programa (120).

Indicadores que avaliam a adequação da atenção prestada às mulheres na gestação foram desenvolvidos e propostos por alguns pesquisadores, que levaram em conta, especialmente, o tempo de início da assistência, o número de consultas realizadas e a idade gestacional em que foi encerrada essa assistência (125). Mas há discussões sobre a praticidade de suas aplicações e a precisão em avaliar a qualidade da assistência pré-natal, principalmente se existe um número de consultas que devem ser realizadas durante a gravidez e que possa estabelecer uma boa qualidade de atenção (118, 121, 123). Em pacientes de baixo risco para os efeitos adversos da gravidez, o estudo de Robert McDuffie e colaboradores (1996) não demonstrou aumento significativo para parto prematuro, pré-eclâmpsia, cesárea,

baixo peso ao nascer e satisfação das mulheres com a assistência quando houve redução no número de visitas pré-natais, de 14 para cerca de 9 consultas (126). Já Liberata Coimbra e colaboradores (2003) apontam, em estudo realizado em São Luiz (MA), para a associação entre inadequação do pré-natal e baixa escolaridade materna, menor renda familiar e o atendimento público. Esse estudo descreve que cerca de 40% das gestantes tiveram menos que cinco consultas (127).

Quanto às adolescentes deste estudo que não tiveram acesso ao pré-natal, ou o tiveram, mas fizeram um número de consultas inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (2002), o alerta é para o fato de ainda existirem lacunas no acesso ao atendimento para uma parcela da população, como é o caso dessas meninas. E se, associados a essa negação do direito ao acesso ao serviço de saúde, estão presentes alguns fatores, como a baixa renda familiar, baixa escolaridade materna e residência em localidades não urbanas, como verificado em outros estudos brasileiros que falam sobre equidade e qualidade da assistência pré-natal (120, 127-129), os desfechos maternos são imprevisíveis. O boletim técnico emitido pela OMS ao final do período 1990-2015 destaca índices mais elevados de mortalidade materna em áreas rurais e comunidades pobres. Alerta, ainda, para o maior risco de complicações e morte em uma gravidez na adolescência do que para mulheres de outras faixas etárias (130).

No quesito do atendimento do parto, as pesquisas chamam a atenção para que esse serviço seja realizado por profissionais qualificados, mesmo que a gestação tenha sido caracterizada como de baixo risco ou de risco habitual. Adicionalmente, reforçam as orientações para a elaboração de protocolos e guias de serviços destinados a gestantes acometidas por patologias específicas da gravidez, já que os protocolos e as guias mostram-se como bons instrumentos destinados à redução de morbidade e mortalidade materna e perinatal (117,118,122-125,131). Autores brasileiros têm refletido sobre a saúde materna e infantil no país, analisando o progresso e os desafios ainda existentes, e apontam para uma melhora nos resultados, mas questionam tanto o uso excessivo de intervenções como a cesárea, quanto a ilegalidade do aborto, que resulta no aumento da mortalidade materna (132).

A maioria das adolescentes mortas estudadas teve como via de parto a cesariana. Os estudos mundiais têm apontado para os riscos da cesárea e o aumento da mortalidade materna (89,133). A pesquisa da OMS (2010) que envolveu

dados de três continentes e 24 países esclareceu sobre os riscos de resultados maternos graves, incluindo admissão em UTI, transfusão de sangue, histerectomia e morte, associados às cesáreas sem indicação médica. Os achados foram substancialmente maiores quando comparados ao nascimento por parto vaginal espontâneo. Esse estudo alerta, entretanto, para o fato de os eventos adversos resultantes das cesáreas sem indicação terem baixa frequência, gerando um risco absoluto baixo e podendo, por isso, contribuir para a falsa percepção de segurança do procedimento e levar às abusivas realizações de cesáreas em muitas regiões (133).

Outro estudo, em países da América Latina (2006), demonstrou uma taxa mediana de cesárea, correspondente a 33%, com as maiores taxas nos serviços privados, de 51%. O referido estudo fez uma associação entre as taxas elevadas de cesáreas e maior uso de antibióticos, morbidade materna grave e aumento da mortalidade materna (134). O Ministério da Saúde (2012) divulgou que, no ano de 2010, o número de cesáreas foi maior que o número de partos normais em território brasileiro, revelando também que as mulheres submetidas à cesárea apresentam risco 3,5 vezes maior de morrer, e 5 vezes maior de ter infecção puerperal do que as que tiveram parto normal (135).

As taxas de cesáreas na adolescência cresceram em todo o Brasil e são discutidas como algo preocupante, inclusive por limitar o número de gestações em populações tão jovens (135). Em recente estudo realizado no Piauí, Alberto Madeiro e colaboradoras (2015) identificaram a cesárea como único fator de risco para *near miss* materno, termo usado para se referir à condição de sobrevivência de mulheres que estiveram à beira da morte por complicações ligadas à gravidez e ao puerpério, mas que, devido às próprias chances ou aos cuidados em saúde recebidos, sobreviveram (78, 89).

A razão de mortalidade materna, no Brasil, revelou um declínio acentuado nos últimos 25 anos. Em 1990 esta taxa era de 143,2 mortes para cem mil nascidos vivos e, em 2000, o cálculo foi de 73,3 mortes para cada grupo de cem mil nascidos vivos (103,136). O Ministério da Saúde (2012) divulgou, em 2011, uma RMM de 64,8 (137). Embora esse número possa variar entre as diferentes localidades, geralmente, as causas obstétricas diretas predominam em todas as regiões (93, 103, 137).

Durante o período analisado (2008 a 2013) a RMME foi elevada, sugerindo a ausência de medidas eficazes para melhorar o indicador de saúde materna no período. A RMM e a RMME do período analisado foram 97,3 e 76,1 mortes por cem mil nascidos vivos, respectivamente, no estado do Piau. Entretanto, os indicadores de mortalidade entre 2000 a 2011 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS) revelaram que a RMM brasileira estava muito abaixo dos números mostrados neste estudo (139). Os dados do DATASUS e os resultados da pesquisa de Célia Szwardcwald e colaboradores (2014) indicam disparidades entre as cinco regiões do país e concluem que os estados que têm as mais elevadas RMM são o Piauí e o Maranhão, com 101,8 e 114 mortes por cem mil nascidos vivos, respectivamente. Nesse mesmo período, o estado de Santa Catarina apresentou 36,9 mortes por cem mil nascidos vivos (137, 138).

As causas das mortes das adolescentes deste estudo foram patologias consideradas evitáveis nas instâncias dos cuidados pré-natais e da assistência hospitalar adequada (136). As doenças causadoras das mortes são aquelas registradas no gráfico 4, que condizem com as demonstradas pela literatura como as causas das mortes maternas de milhares de mulheres em todas as faixas etárias, no Brasil e no mundo (79, 114). Assim, não há diferença para as causas de mortes no grupo das adolescentes em relação aos outros grupos etários relatados pelos documentos científicos (81, 112, 130). O que existe são fortes evidências nacionais e mundiais sugerindo que as causas das mortes relacionadas direta e indiretamente com a gravidez são, em sua maioria, evitáveis com a melhoria da atenção dada à mulher desde o nível primário até o terciário de assistência à saúde (97, 110, 112, 130).

Embora haja dificuldades em se estabelecer a magnitude das causas de mortes maternas pelo mundo, devido ao sub-registro ou a erro na codificação do que levou à morte uma mulher grávida, a revisão das principais patologias causadoras de mortes maternas em todo o mundo feita pela OMS (2006) revelou as hemorragias, os transtornos hipertensivos e a sepse como responsáveis por mais da metade das mortes maternas obstétricas diretas. As causas indiretas contribuíram com cerca de um quarto das mortes. No entanto, algumas regiões no mundo tiveram predominância de algumas dessas causas. Por exemplo, a maior parte das hemorragias ocorreram na Ásia, enquanto que as desordens hipertensivas tiveram

maior importância na América Latina e no Caribe. Já a África Subsaariana apresentou as patologias obstétricas indiretas como as maiores responsáveis pelas mortes maternas da região (97, 130).

Mais recentemente, o boletim informativo da OMS (2015) destacou as principais doenças que causaram as mortes maternas ao redor do mundo. Na ordem decrescente de importância, o documento apresentou a seguinte lista: hemorragias severas, infecções, transtornos hipertensivos (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), complicações do parto e o aborto inseguro, sendo essas as causas que acometem cerca de $\frac{3}{4}$ das mulheres que morrem nesta fase da vida. Tais mortes são classificadas como obstétricas diretas, ou seja, resultantes de complicações obstétricas por intervenções, omissões e tratamento incorreto, ou de uma sequência de eventos relacionados a qualquer uma dessas situações (94). Tais mortes ocorrem em muitas regiões em desenvolvimento e têm caráter evitável, geralmente (130). Trinta e nove do total de 50 mortes verificadas neste estudo foram causadas por transtornos hipertensivos, infecções, hemorragias e aborto inseguro.

A OMS (2015) informou, ainda, que as demais mulheres que morreram no período definido como morte materna faleceram por causas classificadas como obstétricas indiretas – aquelas decorrentes de doenças pré-existentes ou que se manifestaram durante a gravidez e que não são devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (88). A malária e a AIDS foram responsáveis por grande parte desse tipo de morte (130).

O Brasil vem apresentando os transtornos hipertensivos, dentre os quais estão a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, como as principais causas de mortes maternas em todas as regiões do país. Os outros grupos de causas responsáveis por desencadear as mortes das mulheres no ciclo gravido puerperal são as hemorragias, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório e o aborto (90,112).

Em relação às adolescentes desta pesquisa, identificou-se que os transtornos hipertensivos foram os que mais causaram mortes, correspondendo a 28% de todas as ocorrências – quase duas vezes mais que a segunda causa mais frequente neste grupo. A eclâmpsia contribuiu com metade dos transtornos hipertensivos (50%), condição sabidamente evitável com a existência de serviços adequadamente preparados e profissionais capacitados para o manejo da pré-eclâmpsia (116,139). É para a condição de evitabilidade das mortes maternas devido à pré-eclâmpsia e

suas complicações que o estudo de Andrew Shennan e colaboradores (2012) chama a atenção, ao enfatizar que deve haver envolvimento e compromisso da própria mulher esclarecida sobre a condição, dos encarregados da educação nas comunidades, dos profissionais nos ambientes hospitalares e dos órgãos de saúde (116).

Na sequência, o estudo apresentou as infecções puerperais como as responsáveis pelo maior número de mortes após os transtornos hipertensivos. Depois das infecções puerperais, estavam as mortes decorrentes das hemorragias, do tromboembolismo e das complicações do aborto. Todas essas são causas obstétricas diretas, com elevado grau de evitabilidade, que poderão mudar a imagem mundial da saúde materna se as medidas que comprovam sua redução forem implantadas e implementadas – citando-se medidas como: o uso adequado de antibioticoterapia, uso sistemático de ocitocina pós-parto dentro de protocolos assistenciais para todos os serviços de atendimento (117, 136, 140-141).

O aborto, por exemplo, contribui de forma significativa para a elevação da razão de mortalidade, uma vez que está entre a terceira e quarta causa de morte materna nos países em desenvolvimento (141). Tem acometido mulheres de todas as faixas etárias no período reprodutivo (7, 51, 53, 55), e, geralmente, o desfecho fatal está ligado a complicações relacionadas ao retardo no atendimento ou no diagnóstico dessas complicações (52, 53, 57). As regiões onde o aborto está entre as primeiras causas de morte materna são aquelas em que existe impedimento legal para a sua ampla realização. As restrições, entretanto, não impedem as mulheres de fazê-lo, mesmo que de forma insegura, sofrendo as consequências das complicações (51,52,57,99). O estudo sobre morbidade materna grave em hospital terciário de Teresina-PI demonstrou que o aborto – resultando em infecção e hemorragia – foi a principal causa isolada de morte materna na população estudada, sendo responsável por 3 entre 10 mortes (89).

Esta pesquisa identificou cinco adolescentes mortas por aborto, e que, segundo história familiar ou do serviço que as atendeu, provocaram o aborto com Cytotec®, adquirido no mercado ilegal. Todas elas procuraram o serviço de saúde para atendimento em determinado momento. Constatou-se, entretanto, que o atendimento nos serviços de saúde não impediu sua morte. Discutem-se, a seguir, dois pontos que podem explicar os desfechos para as mortes das adolescentes deste estudo. O primeiro foi o retardo na busca do serviço de saúde para

atendimento, por temor do estigma social, da denúncia policial e da discriminação dos serviços de atendimento; e, o segundo, foi o retardo dos profissionais dos serviços em diagnosticar a complicação que levou a adolescente à morte.

O conceito de estigma foi, primeiramente, desenvolvido por Erving Goffman (1963), que o descreveu como um atributo de grande descrédito ligado a características negativas pessoais que desafiam as expectativas sociais. Para esse autor, a sociedade enxerga na pessoa estigmatizada uma diferença indesejável e desvalorizável perante determinado ambiente social, destoando das expectativas normativas desse ambiente por ser “profundamente depreciativo” (142). Seguiram-se a Goffman outros pesquisadores, que estudaram o estigma sob a ótica da psicologia, das ciências sociais e da saúde (143-144). Bruce Link e Jo Phellan (2001), por exemplo, relacionaram o estigma a elementos como o rótulo, o estereótipo, a segregação, a discriminação e a perda de *status*, os quais podem estar relacionados de forma variável entre si e com intensidades diferentes, gerando estigma em maior ou menor grau nos grupos estigmatizados ou mesmo em determinadas pessoas estigmatizadas (143). Esses estudos são importantes porque permitem chegar à compreensão de que as cognições resultantes do estigma, tanto no estigmatizador quanto nas pessoas estigmatizadas, têm influência nas esferas sociais, culturais, econômicas e políticas, gerando consequências muitas vezes irreparáveis para as pessoas estigmatizadas (143, 145).

No campo específico da saúde, pessoas que convivem com algumas entidades patológicas, como os portadores de doenças sexualmente transmissíveis, de tuberculose, de hanseníase, têm sido frequentemente estudados, por portarem condições que ligam intimamente essas pessoas a condições estigmatizantes (146). Além dessas situações, pesquisas bem-elaboradas vêm sendo produzidas, relacionando o aborto ao estigma (144,145,147). Esses e outros estudos trazem dados reveladores quanto à abrangência do estigma do aborto na vida das pessoas de todo o mundo, tanto em lugares onde não há restrição legal como, mais intensamente, nos locais onde é altamente restrito (145,148).

O estigma do aborto, neste estudo, foi verificado nas histórias narradas quando as famílias das adolescentes demonstram aceitar a morte como parte natural do desfecho da prática abortiva, e afirmam que *ela foi a causadora de sua própria morte*, isentando os serviços da possibilidade de qualquer infração sobre seu atendimento.

Anuradha Kumar e colaboradoras (2009) compreendem que, para que haja o estigma do aborto, existem marcantes desigualdades de poder entre estigmatizado e estigmatizador. Em seu estudo, identificam um processo social e político que favorece a emergência, a perpetuação e a normalização do estigma, sugerindo a hipótese de que o aborto promove a transgressão dos ideais femininos de fecundidade perpétua e inevitabilidade da maternidade. As autoras, entretanto, rejeitam a ideia de ser o estigma do aborto natural e essencial, e propõem mais estudos para dimensionar seu impacto sobre a saúde da mulher (144).

O retardo no diagnóstico, despreparo e/ou a não valorização dos sinais e sintomas da complicação que resultou na morte da adolescente ficam evidentes em muitas situações. O caso que chama mais atenção é o da adolescente que morreu no 45º dia de internação, cujo diagnóstico dado no momento da admissão foi de aborto infectado, com 14 semanas de gestação. O exame ultrassonográfico solicitado em sua entrada no hospital demonstrou feto vivo com redução acentuada de líquido amniótico. No entanto, a interrupção da gravidez só foi realizada, por curetagem uterina, 15 dias após a internação, quando o estado da adolescente revelou choque séptico e o novo exame ultrassonográfico, feito nessa data, mostrou feto morto. A adolescente permaneceu por mais trinta dias em UTI, em estado grave, sendo a falência de múltiplos órgãos a causa final da morte, decorrente da sepse.

Observa-se que, no dia da internação, a conclusão diagnóstica já indicava início de antibioticoterapia, bem como interrupção imediata da gravidez, independentemente das condições fetais, conforme orienta norma técnica do Ministério da Saúde (2010), pelos elevados riscos de agravamento da saúde da mulher, podendo culminar em morte materna (22), fato verificado dias mais tarde com essa adolescente.

As outras adolescentes deste estudo demandaram atenção profissional pela valorização das queixas e da situação clínica que manifestavam no momento da procura pelo serviço de saúde. As manifestações estavam relacionadas com infecção ou hemorragia, causas evitáveis de morte – quando os serviços dirigem os cuidados adequados e oportunos para as mulheres, já referidos anteriormente nesta discussão.

Uma delas, a adolescente que sangrava e tinha fortes dores em região pélvica, foi internada por ameaça de aborto e, por 3 dias, não experimentou

nenhuma melhora em seu estado. Ao pedir que fizessem algo para melhorar, foi informada que estavam aguardando resolução espontânea do quadro doloroso e do sangramento. Em relato à mãe, a menina afirmou que a estadia no hospital não fez qualquer diferença em seu estado, e, no 4º dia, fugiu do hospital terciário, retornando em menos de 24 horas com infecção grave. A morte ocorreu dois dias depois, após intervenção cirúrgica nos órgãos pélvicos e abdominais, acometidos por infecção generalizada. A indiferença às queixas das adolescentes subtrai-lhes o atendimento qualificado, contribuindo com graves danos à saúde das mulheres que abortam.

Ponto também relevante neste estudo é a discussão sobre obrigatoriedade de vigilância epidemiológica da morte materna. Regulamentada em 2008, a vigilância institui fluxos e prazos com a finalidade de tornar ágil a comunicação pelo SIM e, com isso, proporcionar o estudo de medidas de prevenção e controle das mortes maternas (96). O Ministério da Saúde coloca que os desafios da vigilância do óbito materno e da atuação dos comitês de mortalidade estão na agilidade e na oportunidade da investigação para intervenção, seguindo além da organização dos dados e da alimentação dos sistemas. Enfim, a vigilância do óbito materno tem como objetivo final proporcionar mudanças e garantir direitos (90).

Em relação à garantia de direitos, verifica-se que o maior desafio na faixa etária da adolescência é a garantia da atenção ao direito à saúde sexual e reprodutiva. A invisibilidade pela subinformação das taxas de mortalidade materna nesse período retroalimenta a dificuldade de encontrar meios para a solução dos problemas da atenção à saúde reprodutiva das adolescentes (14, 90). Este estudo, em vários pontos, corrobora com as afirmativas acima. A primeira constatação é a de que 13 (26%) mortes não foram investigadas e, das que foram investigadas, mais da metade – 19 (19/37) – foram disponibilizadas no aplicativo digital do SIM muito depois do fim do prazo determinado pelo Ministério da Saúde, de 120 dias, no máximo. Ocorreram grandes atrasos na conclusão da investigação da morte dessas adolescentes, chegando a demora a atingir 2.490 dias, cerca de 20 vezes mais que o prazo máximo recomendado (90).

Os atrasos e as ausências precarizam as informações e tornam ineficiente qualquer possibilidade de intervenção para impedir novas ocorrências. Cabe aqui reforçar o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e a obrigatoriedade de investigação das mortes maternas em tempo oportuno – compromissos já ajustados entre todos os estados e municípios (149, 150). São

estratégias existentes há mais de uma década, porém os resultados na região onde foi feito este estudo mostram que mais da metade das mortes de adolescentes não teve a conclusão da investigação realizada em tempo oportuno, caracterizando elevado grau de subinformação das mortes maternas na referida faixa etária no período do estudo.

O segundo ponto foi a identificação da ausência de dados importantes em diversas declarações de óbito, tais como causa de morte não codificada nos capítulos da CID 10, referentes a mortes maternas, bem como o não preenchimento dos campos “cor”, “situação conjugal” e “escolaridade”. Foi possível observar, inclusive, o preenchimento incorreto de informações, identificado em outra etapa da pesquisa, como a idade da jovem que teve a data de nascimento alterada em 12 anos – e, em nenhum momento das etapas de investigação houve correção do erro. É de conhecimento nacional a responsabilidade médica acerca do preenchimento da DO (90) e, por isso, esperava-se maior esclarecimento sobre os dados epidemiológicos das adolescentes que morreram. No entanto, 40,0%, 40,0% e 16,0% das mortes ficaram sem a informação da escolaridade, do estado civil e da cor, respectivamente, registradas na DO.

Uma causa de morte foi estranhamente registrada na DO como “aborto retido”, mesmo tendo sido o parto de natimorto de termo, com aproximadamente 38 semanas de gravidez, pesando 3800 gramas – sendo que, do ponto de vista médico, o aborto é considerado até 20 a 22 semanas de gravidez ou quando o feto pesa até 500 gramas (22). Há questionamentos em relação ao registro e à manutenção do erro da informação. Não condiz com um serviço terciário especializado em obstetria incorrer no erro básico verificado na DO dessa adolescente, e que não foi corrigido posteriormente, com a investigação. A pergunta sem resposta imediata que se coloca é se existe conveniência em estabelecer como causa da morte o aborto retido, “menos impactante” para a análise final das mortes do que morte de adolescente e de feto de termo. Essa é uma avaliação que pode levar à interpretação de que houve desvio da verdadeira causa da morte materna para uma causa pouco valorizada no debate da região, o aborto. Ocorreu, também, que a justificativa dada à família, de que a adolescente, ao induzir o aborto, tenha causado sua morte, provocou o silêncio de qualquer questionamento acerca da causa real da morte.

O terceiro ponto de fragilidade do processo de informação sobre as mortes de adolescentes deste estudo diz respeito à ficha-síntese, que afirma sobre a investigação e a conclusão do óbito. Uma vez inseridos os dados no aplicativo digital do SIM, estarão finalizados o resultado e a conclusão da investigação epidemiológica em até 120 dias da ocorrência da morte, já com o parecer do CPMM. Observa-se, entretanto, escassez de informações ofertadas pelo preenchimento do referido instrumento e que, estando presentes, poderiam dirimir dúvidas ou corrigir erros existentes na DO. Os dados apresentados na ficha-síntese resumem informações do levantamento das fontes de investigação, tais como prontuários hospitalares, registros ambulatoriais e entrevistas domiciliares. Adicionam, inclusive, mudanças ocorridas após a discussão pelo CPMM. Causa estranheza o fato de que, mesmo nas mortes investigadas, não tenha ocorrido nenhuma mudança nos dados do sistema de informação, através da ficha-síntese, cujo resultado final permite a alteração de dados que possam ocasionar as mudanças cabíveis.

A morte como um evento natural para as adolescentes grávidas sugere indiferença e esquecimento de toda a sociedade e das instituições assistenciais. A pouca valorização das discussões que poderiam mudar o desfecho de quadros como os apresentados nos registros oficiais indica ideia de naturalização da morte de adolescente, cuja gravidez enveredou pelo caminho da fatalidade. Nesse contexto de indiferença às mortes maternas evitáveis, especialmente aquelas decorrentes do aborto, encontram-se adolescentes em início da vida sexual e reprodutiva, cujo quadro foi identificado em um cenário de abandono e esquecimento por parte das instituições assistenciais, e por fim, de silêncio provocado, possivelmente, pelo poder da moral do sexo, na maioria das situações.

6 CONCLUSÕES

O estudo aqui apresentado demonstrou que as mortes maternas no período da adolescência, no estado do Piauí, entre 2008 a 2013, corresponderam a 17,2% de todas as mortes maternas. A razão de mortalidade materna específica para a faixa etária selecionada foi de 76,1 por 100.000 nascidos vivos em todo o período. Esse indicador de saúde materna – aqui, saúde de adolescentes grávidas – revela-se elevado e muito além da meta pactuada pelo quinto objetivo do milênio, o de melhorar a saúde materna, com redução de 75% das mortes ocorridas no ciclo grávido puerperal, o que corresponderia a até 35 mortes para cada 100.000 nascidos vivos. A saúde das adolescentes, dentro do quinto ODM, terá melhores resultados com a redução da fecundidade, pelo acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, e com a maior cobertura da atenção pré-natal.

As causas que desencadearam as mortes entre as adolescentes foram, principalmente, os transtornos hipertensivos, sendo a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia representantes maiores desses transtornos, as infecções puerperais, o aborto, complicado por hemorragias e infecções, e o tromboembolismo. Tais causas são consideradas evitáveis com a melhoria da assistência à saúde reprodutiva das adolescentes. As condições para evitabilidade das mortes com as causas aqui descritas costumam ter respostas positivas quando os serviços têm protocolos de atendimento conhecidos e treinados pela equipe profissional, com medicamentos para o controle da crise hipertensiva, a prevenção e o tratamento da crise convulsiva, antibióticos eficazes para as infecções e o acesso rápido aos bancos de sangue e hemoderivados. Além disso, deve-se considerar a discussão sobre as elevadas taxas de cesáreas, que elevam os índices de infecções, hemorragias, tromboembolismo e acidentes anestésicos, bem como, proporcionar meios adequados contra o aborto inseguro.

A investigação do óbito não ocorreu em 26% das mortes e, quando houve, verificou-se atraso de até 2.490 dias – 20 vezes acima do recomendado para a inserção dos dados no sistema informatizado – para o maior número de investigações (51,4%). Esse é o chamado tempo oportuno de análise do óbito para organização de propostas com a finalidade de redução de futuras mortes evitáveis. A oportunidade de discussão das mortes corresponde à análise individual da

situação de cada adolescente, mostrando as fragilidades de cada setor no seu atendimento, seja profissional, hospitalar, intersetorial ou social, permitindo, com isso, que todos os envolvidos se reorganizem com a intenção de reduzir novas ocorrências.

Cinco adolescentes tiveram mortes decorrentes das complicações do aborto. As histórias de quatro delas – relatadas por familiares e amigas, unidas aos dados encontrados ou ausentes nos prontuários médicos e nas fichas-síntese de investigação do óbito materno – demonstraram que o retardo no diagnóstico da complicação que resultou em suas mortes deixou essas meninas em situação de extrema fragilidade em decorrência da criminalização do aborto. A prestação de serviço dada a essas adolescentes pode ser caracterizada como negação de atendimento minimamente qualificado, em todas as instâncias dos serviços de atenção. O ponto destacado como prejudicial a elas foi o retardo no diagnóstico da complicação que resultou em suas mortes, descrito como hemorragia e infecção.

As mortes maternas de adolescentes fazem parte de um quadro que indica um chamamento urgente para questões dos direitos humanos. A ausência ou insuficiência de um atendimento de qualidade para as mulheres em uma fase de grande expectativa de vida é algo que deve despertar a atenção das organizações governamentais, entidades de saúde e sociedade civil, especialmente, para as adolescentes que cometem o aborto.

7 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Adolescent friendly health services. An agenda for change. Geneva: WHO; 2002
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Adolescence an age of opportunity: the state of world's children 2011.
3. Anderson VA, Anderson P, Northam E, Jacobs R, Catroppa C. Development of executive functions through late childhood and Adolescence in an Australian sample. *Dev Neuropsychol* 2002;20(1):385-406.
4. Organización Mundial de la Salud. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Ginebra: OMS: 1994. Serie de informes tecnicos 286p.
5. Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. 462 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília: MS; 2006. 57 p.
7. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Rossier C et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends. *Lancet* 2016.
8. Lloyd CB, National Research Council Panel on transitions to Adulthood in Developing Countries. Growing up global: the changing transition to adulthood in developing countries. Washington, DC: National Academies;2005. [acesso em 02 jul. 2015]. Disponível em : <https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=C2-dAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT20&dq=National+Research+Council+Panel+on+Transitions+to+Adulthood+in+Developing+Countries.+Growing+up+global:+the+changing+transitions+to+adulthood+in+developing+countries&ots=i8vpkcjM8>

N&sig=ko2zPtyM0g32Aq2-nw_IAAqPHZE#v=onepage&q=National%20Research%20Council%20Panel%20on%20Transitions%20to%20Adulthood%20in%20Developing%20Countries.%20Growing%20up%20global%3A%20the%20changing%20transitions%20to%20adulthood%20in%20developing%20countries&f=false

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nascimentos no Brasil: o que dizem as pesquisas [internet]. 2009. [acesso em 3 abr. 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf.

10. Fundo de População das Nações Unidas. Planejamento Familiar no Brasil: 50 anos de história. Brasília; 2008. 40 p.

11. Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Estud Av* 2003; 17(49):65-86.

12. Ministério da Saúde. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência [internet]. 2010 [acesso em 20 jun. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137.

13. Ministério da Saúde. A gravidez na adolescência está em queda. [internet]. 2007 [acesso em 3 jun. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1.

14. Macgregor J, Newlon B. Description of a teenage pregnancy program. *J Couns Dev* 1987; 65(8):447.

15. American Academy of Pediatrics. Adolescent Pregnancy. *Pediatr* 1989; 83(1):132-4.

16. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2):196-200.
17. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1421-30.
18. Dias A, Aquino E. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1447-58.
19. Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Schirò, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicol Estud* 2010; 15(1):73-85.
20. Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Victora C, et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizon Antropol* 2002;8(17):13-45.
21. Guimarães Ximenes Neto FR, Araújo Dias MS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(3):279-85.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
23. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saude Publica* 2003;19(Suppl 2):S377-88.
24. Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Marcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na

adolescência em Campinas, SP, Brasil. Rev Bras Saude Matern Infant 2006; 6(4):419-26.

25. Dias AC, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paideia 2010;20(45):123-31.

26. Gontijo D, Medeiros M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. Cad Saude Publica 2008;24(2):469-72.

27. Pantoja ALN. "Ser alguém na vida": uma análise sócio antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. Cad Saude Publica 2003;19(supl.2):335-43

28. Lopez Alegria FV, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. Rev Saude Publica 1989; 23(6):473-7.

29. Figueiró AC. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. Rev Bras Saude Matern Infant 2002; 2(3):291-302.

30. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev Saude Publica 2003; 37(5):559-65.

31. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R, et al. Gestação na adolescência precoce e tardia - há diferenças nos riscos obstétricos? Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(8):446-52.

32. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilho A, Gonsales BK, Braguittoni et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiqu Clín 2006; 33(2):92-102.

33. Freitas GVSD, Botega NJ. Gravidez na Adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Rev Assoc Med Bras 2002; 48(3):245-9.
34. Laurenti R. Relatório apresentado à Organização Panamericana de Saúde. Carta acordo BR/LOA/080042.001. Morbidade materna em adolescentes (gravidez de adolescentes). São Paulo: 2009. 112p.
35. Abdool-Karim Q, AbouZahr C, Dehne K, Mangiaterra V, Moodley J, Rollins N, et al. HIV and maternal mortality: turning the tide. Lancet 2010; 375(9730):1948-9.
36. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where and why. Lancet 2006; 368(9542):1189-200.
37. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. Am J Obst Gynecol 2005.192(2):342-9.
38. World Health Organization. Adolescent friendly health services: an agenda for change. [acesso em 02 jul. 2015]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?ua=1.
39. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes de Teresina, Piauí, Brasil. Cien Saude Colet 2013; 18(8):2311-8.
40. Caderno Alias. [acesso em 12 jul. 2015]. Disponível em: www.alias.estadao.com.br
41. Código Penal Brasileiro. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [internet]. [acesso em 2 jun. 2014]. Disponível em www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_dl2848.pdf.
42. Madeiro A, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional. Cien Saude Colet 2016;21(2):563-72.

43. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 [internet]. Diário da Justiça Eletrônico nº 78, de 20 de abril de 2012 [acesso em 31 abr. 2014]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus [internet]. [acesso em 3 jul. 2014]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
45. Scavone L. Políticas feministas do aborto. *Rev Estud Fem* 2008;16(2):675-80.
46. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(3):105-11.
47. Souza AI, Aquino MMA, Cecatti JG, Pinto e Silva JL. Epidemiologia do abortamento na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1999; 21(3):161-5.
48. Diniz D, Corrêa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25 (4):939-42.
49. Correia DS, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo entre dez escolas em Maceió. *Cien Saude Colet* 2011;16(5):2469-76.
50. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saude Soc* 2012; 21(1):246-56.
51. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(supl.1):959-66.
52. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Aborto a nível mundial: uma década de progresso desigual [internet]. New York: Institute Guttmacher; 2009

[acesso em 30 maio 2014]. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>.

53. Sedgh G. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379(9816):625-32.

54. Rao KA, Faúndes A. Access to safe abortion within the limits of the law. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2006; 20(3):421-32.

55. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368(9550):1887-92.

56. World Health Organization. Division of Family Health. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group [internet]. Geneva: WHO; 1993 [acesso em 30 mai. 2014]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf.

57. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368(9550):1908-19.

58. Guttmacher Institute, World Health Organization. Facts on Induced Abortion Worldwide. New York: Guttmacher Institute; 2012 [acesso em 10 jul. 2015] Disponível em: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html.

59. Barbosa RM, Arilha M. A experiência brasileira com o Cytotec. *Estud Fem* 1993; (2):408-17.

60. Miller S, Lehman T, Campbell M, Hemmerling A, Anderson SB, Rodriguez H et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *J Obstet Gynaecol* 2005; 112(9):1291-6.

61. Viggiano MGC, Faúndes A, Borges AL, Viggiano ABF, Sousa GR, Rebello I. Disponibilidade do misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. J Bras Ginecol 1996; 106(3):55-6.
62. Coelho HLL, Teixeira AC, Santos AP, Forte EB, Morais SM, La Vecchia C et al. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. Lancet 1993; 341(8855):1261-3.
63. Moraes Filho OB, Cecatti JG, Feitosa FEL. Métodos para indução do parto. Rev Bras Ginecol Obstet 2005;27(8):493-500.
64. Souza ASR, Amorim MMR, Noronha Neto C. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? Femina 2010;38(5):277-87.
65. Diário Oficial da União. Resolução 1.534, de 8 de abril de 2011. Brasília 2011; [acesso em 3 maio 2012] p. 1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=11/04/2011&jornal=1&pagina=55&totalArquivos=196>.
66. Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. Cad Saude Publica 2011; 27(1):94-102.
67. Corrêa MCV, Mastrella M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. Cien Saude Colet 2012; 17(7):1777-84.
68. Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia. Uso do misoprostol em obstetricia y ginecologia. Bolívia: Flasog; 2005 [acesso em 20 jul. 2012]. Disponível em: <ftp://ftp.mendoza-conicet.gob.ar/pub/canzorena/informacion%20linea%20abortos%20no%20punibles/04.%20Uso%20de%20Misoprostol%20en%20obstetricia%20y%20ginecolog%C3%ADa%20%28FLASGO%29.pdf>.
69. Winikoff B, Sheldon WR. Abortion: what is the problem? Lancet 2012; 379(9816):594-6 .

70. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline [internet]. 2004 [acesso em 10 mai 2015]. Disponível em: <http://www.rcog.org.uk/new/rcog-release-revised-guidelines-women-seeking-induced-abortion-published-1>.
71. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion [internet]. 2011 [acesso em 10 mai. 2014]. Disponível em: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf.
72. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy for health systems [internet]. Geneva: WHO; 2012 [acesso em 30 jun. 2014]. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
73. 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; 22 (7):1411-20.
74. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev Saude Publica* 1996;30(5):444-51.
75. World Health Organization. Division of Reproductive Health. Safe Motherhood-studying unsafe abortion: a practical guide [internet]. Geneva: WHO; 1996 [acesso em 20 mai. 2012]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MSM_96.25.pdf.
76. Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 52 p.
77. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Amaral E, Souza JPD, Serruya S. Sistema de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006;6(2):161-8.

78. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near miss. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(9):985-90.

79. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2 fev. 2014]. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br/controle/Showfile.php?id=127236>.

80. World Health Organization. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer [internet]. Geneva: WHO; 2004 [acesso em 15 ago. 2013]. Disponível em www.who.int/whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159183.pdf. Published 2004.

81. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF et al. World Health Organization analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367(9516):1066-74.

82. Esscher A, Hogberg U, Hagland B, Essen B. Maternal mortality in Sweden 1988-2007: more death than officially reported. *Act Obst Gynecol Scand* 2012;92(2013):40-46.

83. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório nacional de acompanhamento. 2014. [acesso em 04 jul. 2015] Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf.

84. Castelazo-Morales E. Why are mothers still dying in Latin America and the Caribbean? *Int J Gynecol Obstet* 2013; 122(3):183-4.

85. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375(9726):1609-23.

86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade [internet]. [acesso em 20 ago. 2013]. Disponível em: <http://200.214.130.44/sim/default.asp>.

87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. [acesso em 10 mai. 2016] Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>.

88. Centro Educacional Odilon Nunes. Oficina para análise da situação da morte maternal, infantil e fetal em Teresina de 2011 a 2013: Situação da morte maternal em Teresina de 2011 a 2013. Teresina; 2014.

89. Madeiro AP, Rufino AC, Lacerda EZG, Brasil LG. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piauí, Brazil. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:210.

90. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 14 abr. 2015]. Disponível em: .

91. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Teleconferência sobre a vigilância do óbito materno e da rede cegonha: Investigação de óbitos 2010-2012. Brasília. 2012. [acesso em 20 ago. 2013]. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dashboard/download/FluxosMortesMaternas_31072012.pdf

92. Laurenti R, Mello-Jorge MLP, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad Saude Publica 2000; 16(1):23-30.

93. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol 2004;7(4):449-60.

94. World Health Organization. The application of ICD10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM 2012. [acesso em 13 jul. 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70929/1/9789241548458_eng.pdf.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Brasília, 2007.
96. Portaria 1.119. Regulamenta a vigilância de óbitos materno [acesso em 10 jun. de 2015]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mortalidade/Portaria-1119_Materna.pdf.
97. Say L, Chou D, Gemmili A, Tunçalp O, Moller AB, Danils J et al. Global Causes of Maternal Death: a world health organization systematic analysis. *Lancet* 2014;2(6):323-33.
98. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global pattern of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; 374(9693):881-92.
99. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1795-1804.
100. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1765-76.
101. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 20 mai. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi>.
102. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento humano brasileiro. Brasília 2010. (RDH 2010).

103. 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 2009. 84p.
104. Geynisman J, Latimer A, Ofosu A, Anderson FW. Improving maternal mortality reporting at the community level with a 4-question modified reproductive age mortality survey (RAMOS). *Int J Gynecol Obstet* 2011; 1(114):29-32.
105. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual para vigilância do óbito de causa mal definida. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 14 jul. 2015]. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/manual_obito_mal_definida.pdf
106. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília. 2014.
107. World Health Organization. Department of child and adolescent health and development. Family and community health. Improving adolescent health and development. [acesso em 20 jan. 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64320/1/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf.
108. Olinto MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2000;16(4):1137-42.
109. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica* 2005;39(1):100-7.
110. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações [internet] 2009. [acesso em 20 jun. 2015] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf.

111. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para o sistema de saúde. 2ª ed. 2013.
112. Hernandez JC, Moser CM. Community level risk factors for maternal mortality in Madagascar. *African J Reprod Health* 2013;17(4):118-29.
113. The Global strategy for women's, children's and adolescents health 2016-2030. [acesso em 25 jan. 2015]. Disponível em: <http://who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>.
114. World Health Organization. Priority medicines for mothers and children. 2011. [acesso em 10 nov. 2015]. Disponível em <http://cdrwww.who.int/medicines/publications/A3prioritymedicines.pdf>.
115. Ekwempu CC. The influence of antenatal care on pregnancy outcomes. *Trop J Obst Gynaecol* 1988;1(1):67-71.
116. Shennan AH, Redman C, Cooper C, Milne F. Are most maternal deaths from pre-eclampsia avoidable? *Lancet* 2012;379:1686-7.
117. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborns babies, end stillbirths, end what at costs. *Lancet* 2014;384(9940):347-70.
118. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Atenção pré-natal no Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2004; 4(3):269-79.
119. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1281-9.
120. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília 2002. [acesso em 20 jan. 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.

121. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health* 1994;84(9):1414-20.
122. Goldenberg RL, Maclure EM. Disparities in interventions for child and maternal mortality. *Lancet* 2012;379(9822):1178-80.
123. Kogan MD, Martin JA, Alexander GR, Kotelchuck, Ventura SJ, Frigoletto FD. The changing pattern of prenatal care utilization in the USA, 1981-1995, using different prenatal care indices. *JAMA* 1998;279(20):1623-8.
124. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014;36(2):65-71.
125. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de atenção básica. Atenção ao pré natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 05 jan. 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
126. McDuffie RSJ. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women: a randomized controlled trial. *JAMA* 1996;275(11):847-51.
127. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSS, Ribeiro VS, Aragão VMF et al. Fatores associados à inadequação do uso de assistência pré-natal. *Rev Saude Publica* 2003; 37(4):456-62.
128. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saude Public* 2009;25(11):2507-16.

129. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Aaújo NM, Esber K . Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do SUS em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet 2002;24(5):293-9.
130. World Health Organization. Maternal Mortality. 2015. Facts sheet nº 348. [acesso em 31 jan. 2016]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ent/.
131. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. Cad Saude Publica 2014;30:S17-S47.
132. Victoria CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011;377(9780):1863-76.
133. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global survey on maternal and perinatal health. BMC Medicine 2010;8:71-80.
134. Vilar J, Valadares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006;367(9525):1819-29.
135. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análises em situação em saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância de saúde da mulher. Brasília. 2012.
136. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A et al. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality estimation inter-agency group. Lancet 2016;387(10017):462-474.

137. Brasil. Ministério da Saúde. [acesso em 20 fev. 2016]. Disponível em: www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm.
138. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello DL Neto, Souza PRB Jr, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade maternal no Brasil, 2008-2011. *Cad Saude Publica* 2014;30(supl):71-83.
139. Milne F, Redman C, Walker J, Backer P, Black R, Blincowe J et al. Assessing the onset of pre eclampsia in the hospital day unit: summary of the pre eclampsia guideline (PRECOG). *BMJ* 2009;339:626-8.
140. Browne JL, Damale NKR, Raams TM, Van der Linder EL et al. Uterine tonus assessment by midwives versus patient self-assessment in the active management of the third stage of labor (UTAMP): study protocol for a randomized controlled trial. *Trial* 2005;16:580.
141. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelfer KA, Steiner C, Heuton KR et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384(9947):980-1004.
142. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schuster Inc, 1963.
143. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363-85.
144. Kumar A, Hessini L, Mitchell EMH. Conceptualizing abortion stigma. *Cult, Health Sex* 2009;11(6):625-39.
145. Shellenberg KM, Tsui AO. Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patient in the USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity. *Inter J Gynecol Obstetr* 2012;118(S2):152-9.

146. Nack A. Damaged goods: women managing the stigma of STDs. *Deviant Behavior* 2000;21:95-121.
147. Shellenberg KM, Hessini L, Levandowski A. Developing a scale to measure stigmatizing attitudes beliefs about women who have abortion: results from Ghana and Zambia. *Women Health* 2014;54(7):599-616.
148. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyil AK, Palomino N et al. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health* 2011;6(S1)111-21.
149. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 junho de 2004. [acesso em 02 jul. de 1015]. Disponível em:
file:///Users/mariadasdoresnunes/Desktop/Artigos%20para%20o%20Doutorado/Ministério%20da%20Saúde%20Portaria%201172.webarchive.
150. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade Materna e Neonatal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programática e estratégicas. Brasília. Ministério da Saúde. 2004.

APÊNDICE — Termo de consentimento livre e esclarecido para os familiares da adolescente falecida

Você está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, do estudo “Análise qualitativa e quantitativa das mortes maternas de adolescentes do Piauí ocorridas no período de 2008 a 2013”. A responsável principal pela pesquisa sou eu, Maria das Dores Nunes. O maior objetivo do estudo é conhecer as histórias das jovens, relatadas por seus familiares ou amigos, e analisar os aspectos que levaram às mortes das adolescentes. Outros dados serão recuperados por meio dos registros no sistema de informação sobre mortalidade estadual e em documentos do hospital onde a adolescente esteve internada. Neste momento, o convite é para uma entrevista que seguirá um roteiro de perguntas sobre a história da adolescente. A entrevista será gravada para melhor registro do que será informado. Caso você deseje, ao final da entrevista, poderá ouvir a gravação.

Como parte do estudo, a pesquisadora também gostaria de obter registros que tenham marcado a existência da adolescente, como fotos, diários ou algo que você ache importante. Para isso, pede a sua autorização para a publicação desses registros em revistas que circulam no meio científico. Somente haverá divulgação dos registros caso a pesquisadora e sua equipe concluam ser necessária a comprovação do fato. E, se isso ocorrer, será mantido o anonimato da pessoa entrevistada.

As informações aqui coletadas servirão exclusivamente para este estudo. É importante que você saiba que, em nenhum momento da pesquisa, haverá identificação de sua pessoa. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga grande desconforto ou risco a sua vida. Caso se sinta incomodado e queira retirar-se da pesquisa, esteja à vontade para fazê-lo a qualquer momento. Se isso acontecer, a gravação será apagada imediatamente e seu consentimento, retirado. Existe uma tecla no gravador que apaga tudo facilmente. Mas saiba que sua participação é muito importante para o estudo.

Você também poderá obter informações e esclarecimentos sobre a pesquisa em outros momentos com a pesquisadora, através do telefone (86) 9986 3321 ou do e-mail m.dnunes@hotmail.com. Poderá ainda entrar em contato com os outros membros envolvidos no estudo: a orientadora, Debora Diniz, (61) 3343 1731, e o co-orientador, Alberto Madeiro, (86) 9471 6614. Para ter informações sobre a

autorização da pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camillo Filho, localizado à rua Nogueira Lima, 1347, bairro Jóquei, Teresina-PI. O telefone do instituto é (86) 3122 8815.

Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ portador(a) do documento de identidade n° _____, recebi informações sobre os objetivos deste estudo, de forma clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.


Declaro que autorizo a utilização das informações que eu der na entrevista referentes a este caso, pela pesquisadora, para os fins esclarecidos.

Assinatura do voluntário

Assinatura da pesquisadora

Local e data

ANEXO A- Declaração de Óbito

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito			
I	Cantório	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
	II	Identificação	4 Município	5 UF	6 Cemitério
III	Residência	7 Tipo de Óbito 1 Fatal 2 Não Fatal	8 Óbito Data	9 Cartão SUS	10 Naturalidade
	IV	Ocorrência	11 Nome do falecido	12 Nome do pai	13 Nome da mãe
V	Fetal ou menor que 1 ano	14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado	16 Sexo 1 M - Masc. 2 F - Fem. 3 Ignorado	17 Raça/cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena
	VI	Condições e causas do óbito	18 Estado civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/Divorciado 5 Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (Se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código
VII	Médico	21 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código	Número	22 CEP
	VIII	Causas externas	23 Bairro/Distrito	24 Município de residência	25 UF
IX	Local: SI Médico	26 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros 6 Ignorado	27 Estabelecimento	Código	
		28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	29 CEP	30 UF
		30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	32 UF
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
		33 Idade	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	36 Número de filhos tidos (Se utilizar 99 para ignorado) Nascidos vivos Nascidos mortos
		37 Duração da gestação (Em semanas) 1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 7 Ignorado	38 Tipo de Gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 4 Ignorada	39 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorado	40 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorado
		ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
		43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 Sim, até 42 dias 2 Sim de 43 dias a 1 ano 3 Não 4 Ignorado	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	
		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:			
		46 Exame complementar? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	47 Cirurgia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	48 Necropsia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	
		CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
		PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
		CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica			
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			
		49 Nome do médico	50 CRM	51 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 Sim 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outros	
		52 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	53 Data do atestado	54 Assinatura	
		PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
		55 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 5 Ignorado	56 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	57 Fonte da informação 1 Boletim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 5 Ignorada	
		58 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência			
		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO			
		59 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)			
		60 Declarante	61 Testemunhas A B		

ANEXO B- Ficha-síntese da investigação do óbito materno

Formulário-padrão com o sumário da investigação de óbito materno, a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação.

Relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos – Confidencial:

Dados de identificação da investigação:

a) Número da DO:

b) Município/UF de residência da falecida:

c) Município/UF de ocorrência do óbito:

d) Data da conclusão da investigação:

1. Fontes de dados consultadas durante a investigação (marcar mais de uma opção se for necessário):

() Entrevista domiciliar, () Registros ambulatoriais, () Prontuários hospitalares, () SVO, () IML () Entrevistas com profissionais de saúde

2. Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual) _____

3. Resultado das gestações anteriores:

3.1 No de partos vaginais: (_____)

3.2 No de partos cesáreos: (_____)

3.3 No de abortamentos/perdas fetais (_____)

4. Data da última menstruação:

5. N° de consultas de pré-natal:

6. Data da 1ª consulta de pré-natal:

7. Mês de gestação quando realizou a 1ª consulta de pré-natal

8. Data da última consulta de pré-natal

9. Idade Gestacional na última consulta de pré-natal (em semanas)

10. Idade Gestacional no momento do óbito (em semanas)

10.1 O óbito ocorreu:

() Durante a gestação; () Durante abortamento; () Após abortamento; () No parto ou até 1 hora após parto; () No puerpério (até 42 dias do término da gestação); () Entre o 43 dia e até 1 ano após o término da gestação; () Mais de um ano após o parto; () A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito.

11. Em caso de óbito durante ou após abortamento (na pergunta anterior), o aborto foi:

Espontâneo; Induzido Legalmente; Provocado; Não Sabe

12. Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?

Parto vaginal; Cesariana; Não sabe

13. Estabelecimento (s) de saúde onde fez o pré-natal:

Nome: _____ Código CNES: _____

Nome: _____ CNES: _____

Nome: _____ Código CNES: _____

14. Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto

Nome: _____ Código CNES: _____

15. A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada, ou a correção de alguma antes informada?

Não acrescentou nem corrigiu informação

Sim, permitiu o resgate de novas informações

Sim, permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente

16. Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original:

Descrição dos diagnósticos e CID opcional (caso necessário, pode-se anotar mais de um diagnóstico por linha)

PARTE I:

16.1 Linha A) _____

16.2 Linha B) _____

16.3 Linha C) _____

16.4 Linha D) _____

PARTE II

16.5 Descrição e CID: _____

17. A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da declaração de óbitos além da causa e dos campos 43 e 44:

NÃO SIM

Caso afirmativo, Quais campos e que alterações?

Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para Campo _____ Estava _____

Investigação alterou para Campo _____ Estava _____

Investigação alterou para Campo _____ Estava _____ Investigação alterou

para Campo _____ Estava _____ Investigação alterou para Campo _____

Estava _____ Investigação alterou para

18.O caso foi encaminhado para o Comitê de Morte Materna? () SIM () NÃO

19. Data do encaminhamento ao comitê (em caso afirmativo) () SIM () NÃO

20. O comitê de morte materna deu parecer? () SIM () NÃO

21.Em caso afirmativo para a pergunta 20, as causas do óbito

expressam o parecer do comitê de morte materna?

()SIM ()NÃO ()Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda; ()Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo comitê.

ANEXO C — Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO CAMILLO FILHO/ SOCIEDADE PIAUIENSE DE ENSINO SUPERIOR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ESTUDO DAS MORTES MATERNAS ENTRE ADOLESCENTES: EVOLUÇÕES NATURAIS OU DIREITOS SUBTRAÍDOS DE JOVENS MULHERES.

Pesquisador: Maria das Dores Sousa Nunes

Área Temática: Versão: 2 CAAE: 21164013.5.0000.5212

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 408.300

Data da Relatoria: 27/09/2013

Apresentação do Projeto:

É um estudo que objetiva analisar as mortes maternas ocorridas no período da adolescência, através das causas que levaram a essas mortes, especialmente, aquelas decorrentes do aborto inseguro. Trata-se um estudo retrospectivo, longitudinal e analítico, de natureza quantitativa, em primeira etapa e transversal analítico qualitativo, em segunda etapa. Na primeira etapa, haverá levantamento das mortes maternas entre adolescentes residentes no Piauí, no período de junho de 2008 a junho de 2013, dentre todas as mortes relacionadas com a gravidez. A seguir, serão selecionadas aquelas mortes que tiveram como causa o aborto. Para a segunda etapa, serão convidados para entrevista, os familiares ou amigos, preferencialmente a mãe ou quem teve contato mais próximo com a adolescente,

por exemplo, aquela que acompanhou no hospital. Nesse caso poderá ser uma amiga. Essa pessoa será convidada a contar a história da adolescente, através de um roteiro semiestruturado. Além disso, será solicitado algo que registre a sua existência, como fotos, diários. As entrevistas serão gravadas e transcritas com posterior análise pela teoria aprofundada.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar as mortes maternas ocorridas no período da adolescência, através das causas que levaram a essas mortes, especialmente, aquelas decorrentes do aborto inseguro.

Endereço: Rua Napoleão Lima, 1175 Bairro: Jóquei Clube CEP: 64.049-220 UF: PI
Município: TERESINA Telefone: (863)216--8800 Fax: (863)216--8817 E-mail:
cep@icf.edu.br; adrianaferro@icf.edu.br

Página 01 de 03

INSTITUTO CAMILLO FILHO/ SOCIEDADE PIAUIENSE DE ENSINO SUPERIOR



Continuação do Parecer: 408.300

Específicos: a) Identificar o número de adolescentes que morreram nos últimos cinco anos, por todas as causas de mortes relacionadas com a gravidez, no período de junho de 2008 a junho de 2013; b) Caracterizar as mortes maternas decorrentes de aborto inseguro; c) Relatar as histórias das adolescentes falecidas por aborto inseguro através dos registros oficiais, como prontuários médicos e fichas de investigação do óbito; e d) Relatar as histórias das adolescentes falecidas por aborto inseguro através da narrativa de seus familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos estão na identificação das pessoas entrevistadas, entretanto será garantido seu anonimato. Os dados obtidos na entrevista gravada serão destruídos após transcrição, restando, após isso, os resultados anônimos das entrevistas.

Benefícios: Conhecimento Científico Saúde Pública

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O dados serão analisados pela teoria aprofundada, que é uma metodologia de pesquisa qualitativa que objetiva descobrir e desenvolver teorias que expliquem as ações realizadas pelos sujeitos no contexto social. Strauss e Corbin, ao sugerir essa modalidade de análise qualitativa, recomendam minucioso e profundo processo de verificação das informações obtidas em uma pesquisa. A transmissão dos resultados obtidos permitirá maior compreensão das vivências sociais. Esses pesquisadores sistematizaram a análise dos dados em quatro etapas, conforme a seguinte descrição: microanálise dos dados, codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Por fim, propõem a elaboração de um esquema teórico, construído através dos dados obtidos.

Haverá levantamento do número de mortes materna ocorridas na adolescência entre junho de 2008 e junho de 2013 no serviço de informação sobre mortalidade do estado do Piauí e informações sobre a morte da jovem no serviço de vigilância do óbito materno do estado e município de residência da adolescente. Após o levantamento, serão selecionadas as adolescentes que morreram por aborto e seus familiares, um de cada adolescente, serão entrevistados com finalidade de contarem as histórias de vida dessas jovens. As

Endereço: Rua Napoleão Lima, 1175 Bairro: Jóquei Clube CEP: 64.049-220 UF: PI
Município: TERESINA Telefone: (863)216--8800 Fax: (863)216--8817 E-mail:
cep@icf.edu.br; adrianaferro@icf.edu.br

Página 02 de 03

INSTITUTO CAMILLO FILHO/ SOCIEDADE PIAUIENSE DE ENSINO SUPERIOR



Continuação do Parecer: 408.300

pesquisadoras estimam um total de 08 entrevistados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de reapresentação de projeto de pesquisa, no qual em sua primeira avaliação apresentou as seguintes pendências: 1) Inclusão o currículo da orientadora; 2) Apresentar os objetivos específicos; 3) Detalhar o local e a forma de como serão realizadas as entrevistas. Analisando o novo projeto submetido, observamos que todas as pendências identificadas na primeira análise foram sanadas, razão pela qual sugere-se a aprovação do mesmo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 27 de Setembro de 2013

Assinado por:

CASSANDRA SOUSA SILVEIRA TOMAZ (Coordenador)

Endereço: Rua Napoleão Lima, 1175 Bairro: Jóquei Clube CEP: 64.049-220 UF: PI
Município: TERESINA Telefone: (863)216--8800 Fax: (863)216--8817 E-mail:
cep@icf.edu.br; adrianaferro@icf.edu.br

Página 03 de 03