

## Análise das recomendações das Comissões Regionais de Mortalidade Materna para os casos de óbitos por aborto provocado no Município do Rio de Janeiro, Brasil

Analysis of recommendations by the Regional Maternal Mortality Commissions involving deaths from induced abortion in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Análisis de las recomendaciones de las Comisiones Regionales de Mortalidad Materna para los casos de óbitos por aborto provocado en el Municipio de Río de Janeiro, Brasil

Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues <sup>1,2</sup>  
Fernanda Morena dos Santos Barbeiro Vieira <sup>1</sup>  
Paulo Roberto Vasconcellos-Silva <sup>3,4</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00215020

### Resumo

No Brasil, o aborto permanece como problema de saúde pública e está entre as principais causas de óbito materno. As mulheres com maior risco de morte pelo aborto são as socialmente mais vulneráveis. O Ministério da Saúde estabeleceu obrigatoriedade da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil com discussão dos óbitos maternos em Comitês de Mortalidade Materna, objetivando identificar falhas na condução dos casos que colaboraram ou determinaram os óbitos. No Município do Rio de Janeiro, essa estrutura está organizada em um Comitê Municipal e dez Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna. O objetivo foi analisar o conteúdo das recomendações feitas pelas Comissões Regionais para os óbitos por aborto provocado, por meio de um estudo descritivo das recomendações das Comissões Regionais para os óbitos por aborto provocado de residentes do Município do Rio de Janeiro de 2011 a 2016. Para a seleção dos casos, foi usada a classificação do Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno para óbitos por aborto. As recomendações foram classificadas de acordo com dois focos: “destinatários e conteúdo” e “prática do aborto e os fatores relacionados a ela”. As recomendações foram consideradas predominantemente técnicas, de caráter biomédico, sem relacionar os óbitos às questões sociais, culturais e econômicas. Temas tabus, como interrupção voluntária da gravidez e busca de mudanças de padrões que promoveriam o direito à saúde das mulheres, estavam ausentes. As Comissões Regionais exercem atividade importante e constituem avanço no combate à mortalidade materna, mas suas recomendações contribuem parcialmente para a redução da mortalidade por aborto provocado.

Direitos Sexuais e Reprodutivos, Mortalidade Materna; Aborto; Aborto Induzido

### Correspondência

M. N. G. Rodrigues  
Rua Canadá Leste 15, Itaguaí, RJ 21810-050, Brasil.  
marcellengr84@gmail.com

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação de Apoio à Escola Técnica, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



## Introdução

Estudo com base em estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que ocorreram aproximadamente 55 milhões de abortos no mundo entre 2010 e 2014, sendo 45% deles inseguros<sup>1</sup>. Aborto inseguro é definido como aquele realizado por pessoas sem as habilidades necessárias ou em locais sem os padrões mínimos de saúde exigidos ou ambos<sup>2</sup>. África, Ásia e América Latina reúnem 97% desses casos<sup>2</sup>.

Segundo a OMS<sup>3</sup>, aborto provocado é aquele iniciado por ação deliberada com intenção de interromper a gestação, e, embora nem todo aborto provocado seja realizado de forma insegura, a clandestinidade e a ilegalidade aumentam os riscos à saúde gerados pelo procedimento<sup>4</sup>. De forma geral, os países da América Latina possuem legislações restritivas ao aborto, com exceção de Uruguai, Colômbia e Cuba<sup>4</sup>. Países que criminalizam o aborto, além de não conseguirem impedir sua prática, que está relacionada à desigualdade social<sup>5</sup>, aumentam a ocorrência de abortos inseguros<sup>2</sup> e violam os direitos humanos das mulheres, entre os quais, estão o direito à vida, à integridade física e psíquica, à saúde sexual e reprodutiva, à igualdade e à não discriminação<sup>6</sup>.

No Brasil, a prática do aborto ainda permanece como um problema de saúde pública, tanto pela magnitude como pela persistência<sup>7</sup>. Vários estudos, ao longo dos anos, em diferentes regiões e com metodologias distintas, dedicaram-se a estimar o número de abortos ocorridos anualmente e confirmaram, mesmo que com percentuais distintos, a alta prevalência dos abortamentos em diversas regiões do país<sup>7,8,9,10,11,12</sup>.

Ao descrever o perfil das mulheres com maior risco para a prática do aborto e, conseqüentemente, de morrer por essa causa, evidencia-se que os fatores relacionados a essa prática extrapolam os da assistência à saúde, sendo de diversas naturezas. De forma geral, são mulheres com mais de 40 anos ou menos de 14, indígenas e pretas, com baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, carência de informação sobre saúde sexual e reprodutiva e meios contraceptivos, além das que estão inseridas em relacionamentos abusivos ou que sofrem violência sexual<sup>12,13</sup>. Pode-se ainda incluir mulheres vivendo sem união conjugal, residindo, principalmente, em regiões menos desenvolvidas (Norte, Nordeste e Centro-oeste) e socialmente mais vulneráveis<sup>4,12</sup>.

O aborto está entre as cinco maiores causas de óbito materno no país<sup>14</sup>, embora com tendência de queda e redução do risco de morrer de 83,3% entre 1990 e 2012<sup>12,15,16</sup>. Porém, a dificuldade da correta identificação e classificação dos óbitos maternos, com conseqüente subnotificação<sup>17</sup>, prejudica a mensuração do real número dessas ocorrências, bem como de suas causas, entre elas, o aborto.

Com o objetivo de identificar óbitos maternos não notificados na Declaração de Óbito (DO), a Portaria nº 653, de 28 de maio de 2003<sup>18</sup>, estabeleceu a obrigatoriedade da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, e, em 2008, a Portaria nº 1.119<sup>19</sup> regulamentou a vigilância dos óbitos maternos. A investigação dos óbitos permite qualificar as informações sobre as causas que serão incorporadas ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e conhecer a real situação de saúde da população. Com a investigação, análise e discussão dos casos em Comitê de Mortalidade Materna (CMM), é possível apontar falhas na condução dos casos que possam ter colaborado ou ter sido determinantes para o óbito. O objetivo da análise do CMM é apontar medidas de intervenção, sob a forma de recomendações, para a redução desses óbitos que, em sua maioria, são evitáveis, além de representarem um importante instrumento de acompanhamento e de avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher<sup>20</sup>.

Os CMM são organismos de caráter interinstitucional, eminentemente educativos, com ação sigilosa, não punitiva ou coercitiva. A participação de sociedades científicas, entidades de classe e de defesa dos direitos das mulheres, de representantes dos movimentos feministas e de instituições de ensino se mostra fundamental na análise dos óbitos e na definição e implementação de medidas<sup>20</sup>.

Instituições de saúde e municípios possuem autonomia para organizar seus comitês<sup>20</sup>. Sendo assim, o Município do Rio de Janeiro possui uma estrutura descentralizada composta por um Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna, com participantes permanentes e periodicidade mínima trimestral<sup>21</sup>, e dez Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna (uma para cada subárea em que se divide a cidade para a organização dos serviços de saúde), com participantes que podem variar dependendo do caso a ser discutido e com periodicidade mínima mensal<sup>22</sup>. A discussão dos casos e a elaboração das recomendações são realizadas pelas Comissões

Regionais e, posteriormente, enviadas ao Comitê Municipal onde, entre outras funções, os dados são compilados para a elaboração de relatórios e discussão dos principais problemas identificados pelas Comissões Regionais.

Levando em consideração a importância da questão do aborto diante da magnitude dos óbitos maternos e a importância dos CMM e seus desdobramentos após as discussões dos casos, o estudo tem como objetivo a análise do conteúdo das recomendações elaboradas pelas Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna para os óbitos por aborto provocado de residentes do Município do Rio de Janeiro entre os anos de 2011 e 2016.

## Métodos

Foi realizado um estudo descritivo das recomendações feitas pelas Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna do Município do Rio de Janeiro relacionadas aos óbitos maternos por aborto provocado de mulheres residentes no município.

O período estudado foi de 2011 a 2016, uma vez que a *Portaria nº 1.119*<sup>19</sup> e a *Portaria nº 116*<sup>23</sup>, que regulamentam a vigilância dos óbitos maternos e a coleta de dados, fluxo e prazos para o envio de informações sobre os óbitos maternos, datam, respectivamente, de 2008 e 2009. Sendo assim, esse último ano e o seguinte foram de adequação dos serviços de vigilância à nova regulamentação. Optou-se, também, por analisar os bancos de dados já disponibilizados para coleta e pesquisa pelo Ministério da Saúde, aproximadamente, 18 meses após o término do ano vigente.

Para a identificação e a análise das recomendações para os óbitos por aborto provocado, foi, primeiro, considerada a causa básica do óbito apresentada no banco de dados fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), de acordo com o estabelecido na Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10)<sup>24</sup>. Foi usada a classificação sugerida pelo *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*<sup>14</sup> para a captação dos óbitos por aborto provocado nos bancos de dados do SIM, disponibilizados pela SMS-RJ, utilizando-se as seguintes categorias da CID-10: O05 (outros tipos de aborto), O06 (aborto não especificado) e O07 (falha de tentativa de aborto).

Após essa primeira seleção, foi realizada a busca pelos documentos das investigações dos casos selecionados (Fichas de Investigação do Óbito Materno – ambulatorial, hospitalar, domiciliar e Ficha Síntese, de conclusão e recomendações –, além dos resumos dos casos apresentados nas Comissões Regionais) nos arquivos da Coordenação de Análise e Situação de Saúde da Superintendência de Vigilância em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Com acesso a esses documentos, foram identificados os casos definidos pelas Comissões Regionais, após investigação e discussão, como óbitos por aborto provocado.

Foram selecionados apenas os casos de residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), entendendo haver maior facilidade de acesso e maior completude dos dados, tendo em vista a perspectiva do vínculo entre usuária e equipe de ESF.

Com os dados disponíveis na DO, nas Fichas de Investigação e nos resumos dos casos, foi construído outro banco de dados no intuito de facilitar a identificação das informações de interesse para o estudo.

As recomendações feitas pelas Comissões Regionais para os casos selecionados foram analisadas a partir de dois focos distintos: “destinatários e conteúdo” e “a prática do aborto e os fatores relacionados a ela”. O primeiro buscou definir a quem se destinavam e categorizar o conteúdo das recomendações (Quadro 1). O segundo visou identificar se a prática do aborto provocado foi considerada pelas Comissões Regionais em suas recomendações aos serviços de saúde no contexto da diversidade dos fatores ligados a ela.

A análise das recomendações foi realizada por duas das autoras, de forma independente, seguindo a lógica de análise dos destinatários e dos conteúdos. Nos casos de discordância, a decisão sobre a categorização da recomendação foi feita em conjunto.

É importante destacar que as Comissões Regionais elaboram as recomendações de acordo com as lacunas e as falhas na condução dos casos identificadas durante a discussão; sendo assim, o número de recomendações pode variar a depender do caso. Além disso, algumas das recomendações podem abranger mais de uma categoria entre os destinatários e os conteúdos.

**Quadro 1**

Destinatários e conteúdos das recomendações das Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2011 a 2016.

DESTINATÁRIO	CONTEÚDO	
	TIPOLOGIA	DESCRIÇÃO
Assistência hospitalar	Protocolo Clínico	Recomendações técnicas direcionadas aos procedimentos e práticas da assistência hospitalar
	Avaliação e Conduta no Risco	Recomendações acerca da carência de identificação do risco relacionado à condição de gestante
	Registro das Informações	Recomendações sobre a qualidade dos registros e das informações da assistência hospitalar
	Outras (Gestão de Serviço)	Recomendações sobre quaisquer outros aspectos da assistência hospitalar relacionados aos casos
Assistência pré-natal da Estratégia Saúde da Família	Protocolo Clínico	Recomendações técnicas sobre as rotinas da assistência pré-natal em protocolos do Ministério da Saúde
	Registro das Informações	Recomendações sobre a qualidade dos registros e das informações da assistência ambulatorial
	Outras (Gestão de Serviço)	Recomendações sobre quaisquer outros aspectos da assistência ambulatorial relacionados aos casos
Outros serviços (vigilância sanitária, serviços de atenção básica e Comissões Regionais e Comitê Municipal de Prevenção e Controle do Óbito Materno)	Atenção Básica	Recomendações de natureza diversa a quaisquer serviços da atenção básica, exceto pré-natal
	Outras	Recomendações de natureza diversa a quaisquer outros serviços que não os descritos aqui

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa, tanto da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz; parecer nº 1.807.331), como da SMS-RJ (parecer nº 1.910.629).

## Resultados e discussão

Seguindo os critérios estabelecidos, foram elegíveis, para análise, 22 óbitos por aborto provocado. Contudo, três deles não possuíam recomendações das Comissões Regionais. Assim, foram analisadas as recomendações de 19 (86,4%) dos 22 selecionados.

### Análise das recomendações por destinatários e seus conteúdos

Foram identificados três grupos de destinatários: (1) Assistência hospitalar (37 recomendações); (2) Assistência pré-natal da Estratégia Saúde da Família (20 recomendações); e (3) Outros serviços (18 recomendações).

- **Assistência hospitalar**

As recomendações direcionadas aos serviços de assistência hospitalar foram predominantemente de cunho técnico, relacionadas a Protocolo Clínico. Nesse grupo, observou-se grande preocupação com os aspectos clínicos e técnicos e praticamente nenhuma com a humanização da assistência. Recomen-

dações como “Atenção ao cumprimento do Protocolo de atenção à paciente em abortamento séptico, com foco na antibioticoterapia” estão inseridas nessa categoria.

Faz sentido pensar que, na maior parte dos casos, a equipe multiprofissional que presta assistência pode não ter tido conhecimento, ou ao menos certeza, da prática do aborto, tendo em vista a resistência dessas pacientes em falar a respeito devido à criminalização dessa prática<sup>25</sup>. Essa incerteza se reflete nos registros e não somente neles: a emissão da DO pelos médicos, por exemplo, sugere o ato com expressões do tipo “choque séptico abdominal”, “sepse uterina”, “aborto infectado”, não constando, na maioria, a expressão “aborto provocado”.

Além disso, o desconhecimento do médico atestante acerca da definição de causa básica – “doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal”<sup>24</sup> – faz com que seja comum o registro na DO apenas das causas finais que levaram ao óbito, como a sepse uterina e o choque séptico, levando a subnotificações dos óbitos por aborto e reduzindo a confiabilidade dos dados do SIM<sup>14</sup>.

Todavia, apesar da incerteza a respeito das causas, os relatos sobre os atendimentos nessas situações parecem revelar uma visão moralizante na prática profissional, gerando demonstrações de intolância ou hostilidade com mulheres suspeitas de terem provocado o aborto<sup>26</sup>.

Pesquisa realizada em maternidade do Nordeste brasileiro por McCallum et al.<sup>26</sup> relata que profissionais envolvidos mencionaram a ocorrência de maus-tratos dirigidos às mulheres que abortaram. Este estudo evidencia também que a naturalização das maternidades como referência na atenção à mulheres em abortamento faz com que locais consagrados à maternidade, paradoxalmente, assistam mulheres que não a desejam, por diversos motivos, o que pode influenciar no tratamento dispensado a elas por profissionais de saúde desses serviços.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou, em 2005, a publicação *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*, que define, como ações orientadoras, o acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós abortamento<sup>27</sup>. Apesar da divulgação e do domínio público desse material, houve poucas referências à norma técnica entre as recomendações elaboradas pelas Comissões Regionais aos serviços hospitalares, todas ligadas à atenção clínica.

Quanto à categoria “Avaliação e conduta no risco ao aborto provocado”, foram localizadas apenas três orientações citando a prática. São elas: (1) “Valorização dos resultados de exames complementares, frente à omissão de informações, já que a paciente demorou a relatar a tentativa de abortamento em clínica clandestina, retardando o diagnóstico e a intervenção precoces (antibioticoterapia)”; (2) “Valorizar a anamnese na entrada indagando melhor sobre a tentativa de aborto (tempo e o aparecimento da febre)”; e (3) “Realizar anamnese e avaliação clínica completas, questionando sobre manipulação uterina, para o diagnóstico de aborto infectado, visando agilidade no tratamento, antibioticoterapia, esvaziamento uterino e possibilidade de histerectomia”.

Essas recomendações enfatizam a importância do reconhecimento do risco sobre a prática do aborto e visam estimular os profissionais a investigarem sobre o procedimento. Contudo, nenhuma delas leva em consideração que a criminalização moral, aliada à ilegalidade, causa sentimentos negativos nessas mulheres, como vergonha, desonra e medo de exclusão social<sup>28</sup>. Isso dificulta a comunicação honesta delas com os profissionais de saúde, o que evidencia a importância da humanização na atenção a esses casos.

Segundo Carneiro et al.<sup>29</sup>, os valores negativos associados ao aborto, a hegemonia da concepção médico-curativa que orienta as práticas de saúde e a formação quase que estritamente biomédica dos profissionais envolvidos comprometem iniciativas de mudança, mesmo que sob a forma de norma técnica, como no caso da publicação do Ministério da Saúde sobre a atenção humanizada ao abortamento<sup>27</sup>. Essa realidade se reflete inclusive nas discussões das Comissões Regionais, compostas predominantemente por profissionais da saúde, conforme indica o conteúdo das recomendações elaboradas. Um olhar sobre o contexto de vida e os fatores ligados à prática, bem como a investigação junto aos familiares e/ou unidades básicas de saúde, estão ausentes das exortações analisadas.

Além das recomendações de cunho técnico, houve também significativa quantidade (cerca de 10) de recomendações de caráter variado, abrangendo, por exemplo, a Gestão do Serviço. Recomendações como “Interlocução maior entre as equipes que prestam atendimento aos usuários, no sentido de aprimorar a indicação de procedimentos” e “...testagem dos respiradores a cada plantão (dia e noite) e que investigue os motivos para os problemas técnicos no respirador da sala vermelha” estão inseridas nessa categoria.

Aos registros das informações dos casos no prontuário, foi dada grande atenção. O registro foi considerado deficiente e, muitas vezes, ilegível, dificultando não apenas a compreensão do caso, mas a própria continuidade da assistência. Assim, tem-se, entre outras recomendações: “Qualificar registros no prontuário, tanto conteúdo quanto legibilidade”.

- **Assistência pré-natal da Estratégia Saúde da Família**

As recomendações direcionadas às unidades que prestam assistência pré-natal foram majoritariamente relacionadas à Gestão do Serviço e aos Registros das Informações, cada qual com, aproximadamente, dez. Foram encontradas, entre elas, recomendações como: “Esgotar todas as possibilidades da equipe para captação da usuária, registrando em livro ata da equipe, na impossibilidade de registro em prontuário, havendo recusa”.

Os Protocolos Clínicos de pré-natal, inclusive o registro das informações preconizadas por esses, também foram tema de cinco exortações. Este é o caso da recomendação: “Solicitar, realizar e registrar em prontuário o exame de urinocultura na 1ª e 2ª rotina pré-natal”.

O teor das recomendações mostra que as Comissões Regionais debatem sobre o que ocorre na atenção básica, especificamente na ESF, no que diz respeito aos protocolos e instrumentos que permitem a continuidade do cuidado e a compreensão dos casos quando da busca por informações. Entretanto, não foi identificada dedicação às questões ligadas às mulheres enquanto sujeitos, tendo sido raramente mencionada a prática do abortamento.

Ainda que se reconheça a importância do que foi citado entre as recomendações analisadas, a baixa adesão ao pré-natal encontrada entre os óbitos maternos selecionados indica que, possivelmente, para os casos de aborto provocado, recomendações técnicas específicas sobre o protocolo de pré-natal não sejam efetivas para a redução da ocorrência desses óbitos, tendo em vista a baixa captação de mulheres cujas gravidezes são indesejadas.

Importante destacar que, entre os 19 casos selecionados para o estudo, apenas um apresentava o registro de ter frequentado pré-natal. Esse dado parece apontar que a não adesão ao pré-natal pode representar um sinal de alerta de que aquela gravidez não é desejada e, mais do que isso, de que aquela mulher pode estar em risco devido à probabilidade de se expor a um procedimento inseguro para interromper a gestação.

Discussão nesse sentido torna-se importante para a elaboração de direcionamentos aos serviços de saúde quando se compreende que a relativa autonomia das mulheres à prática do aborto é condicionada por uma dependência subsequente de cuidados de profissionais de saúde com os quais irão interagir nas unidades <sup>26</sup>. A pouca consideração, identificada entre as recomendações para os serviços de pré-natal, dos determinantes e condicionantes da saúde, que, direta ou indiretamente, atuam para estabelecer a condição de saúde das pessoas: renda, trabalho, educação, meio ambiente, transporte, lazer, entre outros <sup>30</sup>, indica a carência na discussão sobre vulnerabilidade, compreendida como a resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que resultam em maior suscetibilidade a determinado evento <sup>31</sup>.

Tendo em vista que a mortalidade materna elevada está relacionada a precárias condições socioeconômicas, baixa escolaridade, convívio com a violência e dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade <sup>32</sup>, a discussão de tais fatores na elaboração de orientações à atenção básica, sendo ou não direcionadas aos serviços de pré-natal, é de vital importância para a redução desse tipo de óbito seja qual for a causa, inclusive o aborto provocado. Especificamente no caso do aborto provocado, estudos mostram que é praticado por mulheres de todos os níveis socioeconômicos, de escolaridade, religião e estado civil diversos, sendo tão comum no Brasil que, ao completar 40 anos, mais de uma em cada cinco mulheres praticou o aborto <sup>33</sup>. Entretanto, as mais jovens, mais pobres e de menor escolaridade são as que se expõem aos riscos do aborto inseguro <sup>34</sup>, conseqüentemente, sendo as que mais morrem por essa causa.

No contexto da ESF, ainda que direcionadas ao atendimento de pré-natal, se levada em consideração a diversidade de fatores relacionados aos óbitos por aborto provocado, as recomendações das Comissões Regionais podem ser extrapoladas para o atendimento em saúde da família como um todo, tendo em vista que são os mesmos profissionais que fazem todo o tipo de atendimento básico nas unidades, baseado na integralidade da assistência <sup>35</sup>, dividindo-se apenas territorialmente.

- **Outros serviços (vigilância sanitária, serviços de atenção básica, Comissões Regionais e Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna)**

Nessa categoria, evidenciou-se a predominância do olhar sobre a atenção básica, principalmente no que diz respeito às situações de acolhimento, oportunidade de captação e planejamento familiar. Recomendações como “*Não perder a oportunidade de captação precoce da gestante, pois ela realizou o Teste Rápido para gravidez no CMS (Centro Municipal de Saúde/Posto de Saúde)*”, “*O agendamento para a primeira consulta de PN (pré-natal) não deve ultrapassar sete dias*” e “*Necessidade de uma abordagem adequada no planejamento familiar, assim como a captação e a oportunidade de acesso a outros métodos contraceptivos*” são exemplos.

Mais uma vez, o conteúdo das recomendações revela o direcionamento assistencial biomédico nas discussões das Comissões Regionais. Entendendo que esse modelo leva a uma abordagem na qual a doença é reduzida a uma espécie de avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica <sup>36</sup>, isso parece reafirmar que, na prática, os membros dessas Comissões são predominantemente profissionais de saúde de visão tecnicista, diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde <sup>14</sup>, que aponta instituições governamentais e sociedade civil organizada também como componentes dos CMM. No caso específico do Município do Rio de Janeiro, isso aponta que, talvez, a não obrigatoriedade da presença de outros atores, além dos técnicos em saúde, conforme determina a *Resolução nº 2.859* <sup>22</sup>, pode ter grande influência na definição dos componentes das Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna, o que acaba por tornar as discussões sobre os óbitos mais empobrecidas do ponto de vista dos fatores relacionados a eles.

Como recomendação ainda menos específica, nessa categoria, foi encontrada uma única direcionada à vigilância sanitária municipal que se refere à venda irregular de medicações inseguras para gestantes: “*À Superintendência de Vigilância e Fiscalização Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde/RJ recomendamos a vigilância sob a venda irregular de medicamentos inseguros para a gestante*”. Esse tipo de recomendação aponta a preocupação em dificultar o acesso das mulheres às medicações abortivas, podendo indicar teor moralizante na discussão sobre a prática. Entretanto, a consideração de um fator externo à assistência em saúde revela visão menos estreita sobre a amplitude de fatores ligados aos óbitos maternos e, mais especificamente, aos óbitos pela prática do aborto. É importante destacar, nesse caso, que a discussão de caráter moral dos óbitos por aborto, provavelmente, não considera que o contexto de clandestinidade no acesso às medicações seguras aumenta o risco para o óbito por aborto provocado, tendo em vista que faz com que a procedência e a eficácia do medicamento que as mulheres acessam sejam desconhecidas, conforme aponta pesquisa realizada em cinco capitais brasileiras <sup>37</sup>, podendo gerar complicações obstétricas.

As recomendações feitas às próprias Comissões Regionais e ao Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna demonstram, além da capacidade de autocrítica, o reconhecimento do aborto como problema de saúde pública, que carece de ampla discussão, considerando os múltiplos fatores envolvidos e reconhecendo que a questão extrapola os limites biomédicos da saúde: “*Ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Materno Infantil: realizar discussão de políticas que garantam o acesso das mulheres à realização de interrupção da gestação de forma segura, em caso de escolha dela*” e “*Ao Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil: considerando o óbito por aborto provocado como desigualdade de gênero, recomendamos a discussão da temática – aborto provocado – com intuito de traçar políticas e ações em nível municipal para controle e prevenção dessa causa de morte*”.

Essas, todavia, constituem parte reduzida das recomendações analisadas, indicando que esse tipo de atenção não é comum nos debates das Comissões Regionais.

### **Análise das recomendações por meio da prática do aborto e dos fatores relacionados a ela**

Foram encontradas, ao todo, oito recomendações que mencionavam o aborto provocado. Três, direcionadas aos serviços hospitalares, consideravam o aborto no contexto do atendimento clínico dos casos. Cinco estavam entre as “recomendações a outros serviços”: três direcionadas à atenção básica com ênfase no planejamento familiar, e duas “autorrecomendações” direcionadas às próprias Comissões Regionais e Comitê Municipal, considerando outros aspectos além da assistência. Com relação ao contexto de vida e saúde das mulheres, três recomendações o levaram em consideração: duas feitas como “autorrecomendações” e uma direcionada à atenção básica.

Assim, somente três recomendações das analisadas consideraram o aborto em um contexto amplo e sob influência de fatores múltiplos e diversos, entre elas: *“Devida atenção à mulher em situação de vulnerabilidade, promovendo e articulando estratégias para vinculação à unidade de saúde da mulher em risco social, mãe, múltipara, com histórico de abortos provocados”*.

A adoção da ESF como prioritária na atenção básica com o entendimento que os cuidados dispensados nesse nível de atenção são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população em nível individual e coletivo de forma que as ações influam na saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes da saúde da comunidade<sup>38</sup>, é exemplo da tentativa de mudança no modelo de atenção à saúde. Contudo, a baixíssima citação dos fatores determinantes e condicionantes da saúde entre as sugestões elaboradas pelos Comitês às Unidades de Saúde da Família indica a prevalência das questões biomédicas sobre o conceito ampliado de saúde<sup>39</sup>, deixando assim de fora fatores que atuam na realidade do aborto provocado.

Além das questões relacionadas ao contexto de vida dessas mulheres, a prática da interrupção voluntária da gravidez também é negligenciada. A desconsideração dessa prática no quadro evolutivo das causas que levaram as mulheres a óbito, contudo, tem início já nos registros do atendimento pelos serviços de saúde, antes mesmo de as informações chegarem às Comissões Regionais<sup>40</sup>.

Aparentemente, a atuação das Comissões Regionais do Município do Rio de Janeiro desconsidera que a prática do aborto atinge, de maneira desigual, as mulheres, afetando com maior gravidade aquelas que vivem em situação mais precária. De acordo com Anjos et al.<sup>41</sup>, abortar de forma insegura pode ser considerado uma injustiça social, pois os efeitos danosos da criminalização da prática atingem principalmente a parte mais vulnerável da população. Sendo assim, ao se invisibilizar as mortes por aborto, as Comissões Regionais desconsideram as questões de vulnerabilidade socioeconômica, de gênero, raça, classe social como importantes na tomada de decisão sobre abortar e, consequentemente, invisibilizam também as vidas dessas mulheres.

É importante destacar que, apesar de possuírem caráter e função técnica no contexto de seus objetivos e atividades, a estrutura dos CMM, em qualquer formato em que esteja organizada, é composta por profissionais que não estão alienados daquilo que permeia a sociedade como um todo, e, sendo assim, os símbolos, as normas e as instituições que alimentam as questões de gênero e que, entre outras coisas, definem modelos de masculinidade e feminilidade e determinam padrões de comportamento para homens e mulheres<sup>42</sup> podem estar refletidos em seu trabalho. Dessa forma, o não reconhecimento da complexidade das vidas de mulheres que praticam o aborto pode ter relação com a ideia de sacralidade da vida, que tende a se voltar para a vida do feto, e ainda ser influenciado pela minuciosa medicalização dos corpos das mulheres em nome da responsabilidade que elas teriam com a saúde de seus filhos<sup>43</sup>. Sendo assim, a prática do aborto configura uma quebra com a responsabilidade feminina perante a sociedade.

Ainda nesse sentido, outra questão importante é a supervalorização da maternidade em muitas culturas que é, em geral, um alicerce que leva muitos profissionais de saúde à adoção de posturas discriminatórias para com as mulheres que abortam<sup>35</sup>, inclusive no que diz respeito ao registro adequado de informações. O silêncio sobre a prática, identificado entre as recomendações por ignorarem a prática do aborto, espelha o silêncio social, que ignora que ela é amplamente realizada, e está relacionado à ilegalidade e, principalmente, à imoralidade do ato. Apesar dos grandes avanços obtidos pelos movimentos feministas e da crescente participação feminina em diversos setores da sociedade, antes exclusivos aos homens, ainda é possível observar a influência desse ideal normativo que, entre as mulheres que vivem em maior risco social, nunca foi plenamente verdadeiro, mas que segue determinando a relevância de suas vidas e mortes.

De acordo com Farfán<sup>28</sup>, ainda que o Brasil legalize a interrupção voluntária da gestação, a criminalização social dessa mulher continuará, pois o Estado moral ainda permanece muito forte no país, assim como em outros países da América Latina. Essa realidade fica evidente nos casos dos abortos previstos em lei. Ainda que com amparo legal, as mulheres que desejam interromper sua gravidez encontram dificuldades evidenciadas pela falta de orientação sobre seus direitos e pela má qualidade da assistência prestada. A despeito da questão moral, estudo realizado em cinco capitais brasileiras aponta que o aborto pode ser descrito como uma cultura secreta, feminina e clandestina, transmitida entre diferentes gerações, tendo em vista as muitas semelhanças encontradas entre mulheres tão diferentes que o praticaram<sup>33</sup>.



Apesar de ignorado ou pouco discutido pelas estruturas voltadas para a prevenção e o controle dos óbitos maternos no Município do Rio de Janeiro, conforme apontam os resultados do estudo, e de todas as questões técnicas, estruturais, políticas, legais e sociais que influenciam nessa realidade, o aborto segue como problema de saúde pública que tem fortes consequências, de diversas naturezas, sobre as mulheres, inclusive a morte.

## Conclusão

A análise das recomendações das Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna do Município do Rio de Janeiro identificou que suas deliberações têm caráter quase exclusivamente biomédico, sem relacionar os óbitos à questões sociais, culturais e econômicas pertinentes. Percebeu-se que temas tabus para a sociedade, como a interrupção voluntária da gravidez, bem como busca de mudança de padrões que promoveriam o direito das mulheres à saúde, em seu sentido amplo, estavam ausentes do debate. Dessa forma, apesar de as Comissões Regionais exercerem uma atividade de fundamental importância e constituírem um enorme avanço no que diz respeito ao combate à mortalidade materna, suas recomendações contribuem apenas parcialmente para a redução da mortalidade materna por aborto provocado.

Chama a atenção que, em um município com uma altíssima cobertura da ESF e gritante desigualdade social, como o Rio de Janeiro, ainda se mantenham as Comissões Regionais sem articulação com a sociedade civil, uma vez que a maior parte desses óbitos ocorre em serviços públicos de saúde, sabidamente frequentados, predominantemente, pela população de maior vulnerabilidade social. Para além da participação de representantes de unidades de saúde, o convite à participação da sociedade civil, por meio dos movimentos sociais organizados, a maior divulgação do caráter, objetivos e das reuniões realizadas são medidas que poderiam colaborar com o enriquecimento das discussões estabelecidas e, conseqüentemente, das recomendações elaboradas, assim como na própria efetivação delas. A avaliação, tanto do funcionamento e dos resultados obtidos pelas Comissões Regionais quanto da efetividade das recomendações em sua aplicação pelos destinatários, poderia indicar potencialidades e problemas a serem solucionados na sua atuação.

É fundamental que os aparelhos que atuam junto aos problemas de saúde pública relacionados às mulheres estejam na vanguarda da discussão acerca de seus direitos. Nesse sentido, é necessário que considerem as desigualdades de gênero, de uma perspectiva interseccional, ou seja, tendo em vista que os marcadores sociais de raça e classe se combinam aos de gênero produzindo iniquidades. Conscientes disso, sua atuação na quebra de paradigmas sociais e assistenciais estigmatizantes contribuiria para a promoção de uma sociedade mais justa e mais saudável. Para tanto, faz-se imprescindível compreender que todas as vidas, independentemente de gênero, classe social, raça/cor, importam.

Como limitação do estudo, observamos que o período relacionado às análises é algo superior a cinco anos. Contudo, apesar disso, visualizamos que atualmente os problemas evidenciados se encontram ainda muito presentes nas discussões das Comissões Regionais, analisando as questões técnico-científicas que possam ter contribuído com o óbito e negligenciando as questões inerentes ao sujeito mulher.

## Colaboradores

M. N. G. Rodrigues contribuiu para a concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. F. M. S. B. Vieira e P. R. Vasconcellos-Silva contribuíram para a análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

## Informações adicionais

ORCID: Marcelle Nolasco Gomes Rodrigues (0000-0001-9967-2509); Fernanda Morena dos Santos Barbeiro Vieira (0000-0002-2010-761X); Paulo Roberto Vasconcellos-Silva (0000-0003-4646-3580).

## Agradecimentos

Este artigo é originado da tese de doutorado de M. N. G. Rodrigues intitulada *Óbito Materno e Aborto Provocado no Município do Rio de Janeiro: Uma Análise de suas Imbricações*, defendida junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, em setembro de 2018.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Cerca de 25 milhões de abortos não seguros ocorrem a cada ano em todo o mundo. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5508:cerca-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5508:cerca-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820) (acessado em 12/Mar/2020).
2. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu A, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ* 2014; 92:155.
3. Organización Mundial de la Salud. Aborto espontáneo y provocado: informe de un Grupo Científico de la OMS. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1970.
4. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00190418.
5. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
6. Uberoi D, De Bruyn M, Galli B. Using human rights to address consequences of criminal laws on sexuality and reproductive autonomy. *International Journal of Human Rights* 2012; 16:1023-39.
7. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-60.
8. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2006.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
10. Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. New York: Alan Guttmacher Institute; 1994.
11. Corrêa S, Freitas A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. *Revista Estudos Feministas* 1997; 5:389-95.
12. Cardoso B, Vieira F, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00188718.
13. Sydow E, Galli B. Isoladas a história de 8 mulheres criminalizadas por aborto. SSRN 2011; 28 nov. <https://ssrn.com/abstract=2682533>.
14. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
15. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:449-60.

17. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 653, de 28 de maio de 2003. Diário Oficial da União 2003; 30 mai.
19. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Diário Oficial da União 2008; 5 jun.
20. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
21. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 2.858, de 22 de março de 2016. Estabelece e atualiza as normas e diretrizes para o funcionamento do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2016; 23 mar.
22. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 2.859, de 22 de março de 2016. Estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento das Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal das Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2016; 23 mar.
23. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União 2009; 12 fev.
24. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão. São Paulo: Edusp; 2012.
25. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código penal. Diário Oficial da União 1940; 31 dez.
26. McCallum C, Menezes G, Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2016; 23:37-56.
27. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno 4).
28. Farfán E. O corpo feminino como espaço público: o aborto e o estigma social no Brasil. In: Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero. [http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Elizabeth\\_Farfán\\_11.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Elizabeth_Farfán_11.pdf) (acessado em Jan/2018).
29. Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2013; 17:405-18.
30. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 1 set.
31. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Salletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
32. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
33. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15 Suppl 1:959-66.
34. Martins A, Mendonça L. Dossiê aborto: mortes preveníveis e evitáveis. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2005.
35. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
36. Koifman L. O modelo biomédico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2001; 8:49-70.
37. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1671-81.
38. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, 4).
39. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf) (acessado em 13/Mai/2021).
40. Rodrigues M. Óbito materno e aborto provocado no Município do Rio de Janeiro: uma análise de suas imbricações [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
41. Anjos K, Santos V, Souza R, Eugênio B. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde Debate* 2013; 37:504-15.
42. Rodrigues TF. Desigualdade de gênero e saúde: avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher. *Revista Cantareira* 2015; (22):203-16.
43. Foucault M. A história da sexualidade I: a vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

## Abstract

*Abortion is still a public health problem in Brazil and is among the leading causes of maternal death. Socially vulnerable women have the greatest risk of death from abortion. The Brazilian Ministry of Health determined mandatory investigation of deaths of childbearing-age women with discussion of maternal deaths by Maternal Mortality Committees, aimed at identifying failures in management of cases that led to or determined the deaths. In the city of Rio de Janeiro, this structure is organized in a Municipal Committee and ten Regional Commissions for Prevention and Control of Maternal Mortality. The objective was to analyze the recommendations by the Regional Commissions on deaths from induced abortion. We carried out a descriptive study of recommendations by the Regional Commissions on deaths from induced abortion in women living in the city of Rio de Janeiro from 2011 to 2016. Case selection used the classification of the Guidelines for Epidemiological Surveillance of Maternal Death for deaths from abortion. Recommendations were classified according to two points: "recipients and content" and "performance of abortion and related factors". The recommendations were predominantly technical and biomedical, without correlating the deaths to social, cultural, and economic issues. Taboo topics such as voluntary termination of pregnancy and search for changes in standards that would promote women's right to health were missing. Regional Commissions exercise an important activity and are a step forward in the fight against maternal mortality, but their recommendations only contribute partially to reducing mortality from induced abortion.*

*Reproductive Rights; Maternal Mortality; Abortion; Induced Abortion*

## Resumen

*En Brasil, el aborto permanece como un problema de salud pública y está entre las principales causas de óbito materno. Las mujeres con mayor riesgo de muerte por aborto son las socialmente más vulnerables. El Ministerio de Salud estableció la obligatoriedad de la investigación de los óbitos de mujeres en edad fértil, con discusión de los óbitos maternos en Comités de Mortalidad Materna, con el objetivo de identificar fallos en el manejo de los casos que colaboraron o determinaron los óbitos. En el municipio de Río de Janeiro esta estructura está organizada en un Comité Municipal y diez Comisiones Regionales de Prevención y Control de la Mortalidad Materna. El objetivo fue analizar el contenido de las recomendaciones realizadas por las Comisiones Regionales para los óbitos por aborto provocado. Fue realizado un estudio descriptivo de las recomendaciones de las Comisiones Regionales para los óbitos por aborto provocado de residentes del Municipio de Río de Janeiro de 2011 a 2016. Para la selección de los casos se usó la clasificación de la Guía de Vigilancia Epidemiológica de Óbito Materno para óbitos por aborto. Las recomendaciones se clasificaron según dos enfoques: "destinatarios y contenido" y "práctica del aborto y los factores relacionados con el mismo". Las recomendaciones son predominantemente técnicas, de carácter biomédico, sin relacionar los óbitos con las cuestiones sociales, culturales y económicas. Temas tabús, como interrupción voluntaria del embarazo y búsqueda de cambios de patrones que promoverían el derecho a la salud de las mujeres, estaban ausentes. Las Comisiones Regionales ejercen actividad importante y constituyen un avance en el combate a la mortalidad materna, pero sus recomendaciones contribuyen parcialmente a la reducción de la mortalidad por aborto provocado.*

*Derechos Sexuales y Reproductivos; Mortalidad Materna; Aborto; Aborto Inducido*

---

Recebido em 21/Jul/2020

Versão final reapresentada em 14/Out/2020

Aprovado em 31/Out/2020