



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA**

ANA BEATRIZ SOUZA DE OLIVEIRA

**MORTALIDADE MATERNA DECORRENTE DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE ECOLÓGICA DE 2012 A 2023**

Salvador/BA

2024



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA**

Ana Beatriz Souza de Oliveira

**MORTALIDADE MATERNA DECORRENTE DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE ECOLÓGICA DE 2012 A 2023**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina de TCC2 do curso
de Graduação em Psicologia da
Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública.

Orientador (a): Prof.(a) Dra. Mônica Ramos
Daltro

Salvador/BA

2024

Ana Beatriz Souza de Oliveira

**MORTALIDADE MATERNA DECORRENTE DO ABORTO NO BRASIL:
UMA ANÁLISE ECOLÓGICA DE 2012 A 2023**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à disciplina de TCC2 do curso
de Graduação em Psicologia da Escola
Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Orientador (a): Prof.(a) Dra. Mônica Ramos
Daltro

Data da aprovação:

Banca Examinadora

Mônica Ramos Daltro

Aline Tonheiro Palmeira

Naylana Rute da Paixão Santos

RESUMO

Introdução: O aborto inseguro é caracterizado como um procedimento que é realizado sem a habilidade necessária ou em ambientes inadequados. Embora avanços na ciência e na medicina possam proporcionar abortos seguros, a prática continua a ocorrer de forma insegura, gerando complicações, mortes maternas e altos custos para o sistema de saúde. No Brasil, a maior parte dos abortos é realizada de forma clandestina e insegura, configurando um problema de saúde pública devido à sua gravidade e persistência. **Objetivo:** Analisar indicadores de mortalidade materna por aborto no Brasil no período de 2012 a 2023. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, com dados de série temporal coletados no DATASUS. Foram analisadas as variáveis de região, raça/cor, faixa etária, estado civil, escolaridade e causa segundo o CID-10. **Resultados:** A partir da análise dos dados chegou-se a um perfil de maior incidência para óbitos por aborto no período analisado, sendo este de mulheres negras (63%), solteiras (57,7%), na faixa etária de 20 a 29 anos (43,7%), com 8 a 11 anos de estudo (40,08%), residentes das regiões Norte e Nordeste do país. **Considerações finais:** O estudo evidencia disparidades sociais e regionais nos óbitos por aborto, relacionadas a fatores raciais, econômicos, educacionais e de saúde. Além disso, a ausência de dados específicos sobre aborto inseguro nos sistemas de saúde brasileiros aponta para a subnotificação, sugerindo que o número de óbitos seja ainda maior. Destaca-se a necessidade de mais estudos e intervenções para enfrentar o problema.

Palavras-chave: Aborto Inseguro; Mortalidade Materna e Brasil

ABSTRACT

Introduction: Unsafe abortion is defined as a procedure performed without the necessary skills or in inadequate settings. Although scientific and medical advances can enable safe abortions, unsafe practices continue, leading to complications, maternal deaths, and high costs for the healthcare system. In Brazil, most abortions are performed in clandestine and unsafe conditions, representing a public health issue due to their severity and persistence. **Objective:** To analyze maternal mortality indicators due to abortion in Brazil from 2012 to 2023. **Methodology:** This is an ecological, descriptive, and retrospective study based on time-series data collected from DATASUS. The variables analyzed included region, race/skin color, age group, marital status, education level, and cause according to ICD-10. **Results:** Data analysis revealed a total of 737 reported abortion-related deaths between 2012 and 2023. The most frequent profile for abortion-related deaths in the analyzed period was Black women (63%), single (57.7%), aged 20-29 (43.7%), with 8 to 11 years of education (40.08%), residing in the North and Northeast regions. **Conclusions:** The study highlights social and regional disparities in abortion-related deaths, associated with racial, economic, educational, and health factors. Furthermore, the lack of specific data on unsafe abortion in Brazilian health information systems indicates underreporting, suggesting that the actual number of deaths may be even higher. This highlights the need for more studies and interventions to tackle the problem.

Keywords: Unsafe Abortion; Maternal Mortality; Brazil

Sumário

Introdução:	7
Metodologia:	11
Resultados:	13
Discussão:	19
Considerações Finais:	27
Referências:	29

Introdução

Do ponto de vista jurídico, o aborto é definido como a interrupção da gravidez que possui objetivo de provocar a morte do feto, independentemente de sua idade gestacional (Brasil, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica-o em três tipos: aborto espontâneo, quando o próprio corpo expulsa o feto, não havendo uma intervenção externa; aborto acidental, quando ocorre de forma involuntária por conta de uma interferência externa; e o aborto induzido ou provocado, quando há um desejo de interrupção da gestação, por quaisquer motivos, causada por uma intervenção externa e intencional (OMS, 2018).

Segundo um estudo baseado em estimativas da OMS, foram realizados aproximadamente 55 milhões de abortos no mundo entre 2010 e 2014, sendo 45% destes procedimentos considerados abortos inseguros. A África, Ásia e América Latina foram as regiões que concentraram 97% desses abortos inseguros (OMS, 2014). O estudo também evidenciou que as leis restritivas aumentaram sua ocorrência e, além disso, demonstrou que a ilegalidade não impede a prática, que está relacionada à desigualdade social e mantém-se como um problema de ordem global (OMS, 2014).

O aborto inseguro é caracterizado pela OMS como um procedimento que visa o término da gestação, sendo este realizado por indivíduos que não possuem a habilidade necessária ou carecem de um ambiente adequado e padronizado para a realização de um procedimento médico. Ainda que a ciência e a medicina tenham avançado nos últimos anos, tornando-se capazes de proporcionar um abortamento seguro para as mulheres, a prática ainda é realizada de forma insegura, causando aumento dos custos ao sistema de saúde, complicações e mortes maternas. A OMS estima que, anualmente, entre 4,7% e 13,2% das mortes maternas ocorrem devido ao aborto inseguro (OPAS, 2018). Nas regiões desenvolvidas, averiguou-se que para cada 100 mil abortos inseguros ocorram aproximadamente 30 mortes, já nas regiões em desenvolvimento essa proporção cresce para 220 mortes por 100 mil abortos inseguros (OPAS, 2018).

É necessário salientar que a prática clandestina do aborto pode ocasionar em consequências significativas na saúde física e psicológica da mulher, uma vez que o procedimento pode evoluir para quadros hemorrágicos e infecciosos graves, além de depressão e ansiedade, uma vez que o aborto feito de forma ilegal não oferece acolhimento para essas mulheres (DATASUS, 2021; Scavone, 2008; Pereira et al., 2017).

Além disso, a dificuldade da fala devido ao medo do crime, leva a subnotificação das mortes por aborto (de Mello & Galli, 2016).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), uma mulher não ter a assistência necessária e não receber os cuidados essenciais para a realização de um aborto, sendo este de qualquer categoria, viola diversas diretrizes dos direitos humanos das mulheres e meninas, como o direito à vida, o direito de usufruir de altos padrões de saúde física e mental, o direito de se beneficiar dos avanços científicos e suas implementações, o direito de decidir livremente e de forma responsável sobre o número de filhos que deseja ter e o espaçamento entre os nascimentos, e o direito de não ser submetida a tortura ou a tratamentos ou a penas cruéis, desumanos ou degradantes (OPAS, 2018).

No Brasil, o aborto é uma prática que está presente desde a colonização, realizada tanto pelos indígenas quanto pelos portugueses. Freyre (1933/1981) relata que no começo da colonização, os povos originários fugiam das missões jesuítas por conta do segregamento que viviam, da violência dos missionários e da situação de pobreza em que se encontravam. Diante disso, os indígenas careciam de uma base e de um apoio econômico, fazendo com que diversas famílias se dissolvessem, resultando num aumento da mortalidade infantil e diminuição da taxa de natalidade, também ocasionadas pelos abortos praticados pelas mulheres indígenas perante a falta de maridos e pais para lhes dar apoio.

Del Priore (1993) afirma que, no período da colonização, a crença da época era que o feto só tinha vida após quarenta dias, sendo aceitável a prática do aborto caso fosse realizada antes desse período ou quando a gestante estivesse doente e o tratamento envolvesse remédios que indiretamente provocassem a interrupção da gravidez. Vale ressaltar que, a repressão e perseguição do aborto nesse período possuíam como fundamento a normatização da sexualidade afim de atender interesses políticos e econômicos, diferentemente dos dias atuais em que há uma preocupação com a vida do feto. Posteriormente, devido ao número cada vez maior de abortos no país, foi criada uma legislação proibindo a prática, ao passo que as elites dominantes e a Igreja Católica a consideravam um desregramento moral.

O primeiro código criminal referente ao aborto no Brasil surgiu em 1830 que falava diretamente da proibição do aborto, prevendo punição para qualquer indivíduo que

tentasse realizá-lo ou que fosse cúmplice na tentativa de fazê-lo. Já em 1890, o código penal foi modificado passando a punir a mulher que realizasse um aborto em si, possuindo alguns atenuantes, como, por exemplo, caso o aborto fosse realizado com a intenção de encobrir a própria desonra, o que diminuiria a culpabilidade da acusada e, conseqüentemente, a sua pena. Assim, é possível observar que o código criminal brasileiro foi influenciado por ideais católicos, uma vez que as leis valorizavam a conduta moral e prezavam os bons costumes da família e dos cidadãos, o que na época era a base de uma família cristã (Predebon, 2007).

Somente em 1940, com a elaboração do novo código penal brasileiro, os direitos do aborto e da mulher tiveram algum avanço. Neste código, a legislação referente ao aborto está no capítulo “crimes contra a vida”, no qual detalha quais condutas são consideradas criminosas do artigo 124 ao 127.

O artigo 124 proíbe a mulher de provocar o aborto em si mesma ou permitir que outrem provoque, prevendo uma pena de detenção de um a três anos. Os artigos 125 e 126 proíbem o aborto, seja com ou sem o consentimento da gestante, estipulando penas de reclusão de três a dez anos no primeiro caso e de um a quatro anos no segundo. O artigo 127 aumenta a pena se a gestante sofrer lesão corporal devido aos meios empregados para provocar o aborto ou se isso resultar em sua morte (Lei 2.848 de 1940). Em contrapartida, o artigo 128 isenta de punição o aborto realizado por médicos nos casos de risco de vida para a gestante ou quando a gravidez é decorrente de estupro, ou seja, prevê os atos julgados como permitidos legalmente referente a prática do aborto (Lei 2.848 de 1940). Ainda que possível observar um avanço nos direitos da mulher e no seu reconhecimento como cidadã, a ideia condenatória e imoral sobre o aborto persiste, fruto da forte influência exercida pela Igreja Católica na cultura brasileira ao longo da história, que segundo alguns teóricos, é o impedimento para que haja descriminalização dessa prática (Carvalho, 2022).

Marques e Bastos (1998) descrevem que em 1970 o aborto foi problematizado no Brasil como um fato social, abandonando a perspectiva da prática ser um desvio moral. Essa mudança de compreensão se deu através de estudos sobre Saúde Pública na área acadêmica que, após averiguarem as altas taxas de aborto no país, relacionaram os índices com a pobreza e a falta de serviços de planejamento familiar.

Atualmente, no Código Penal brasileiro, a mulher possui o direito de abortar em casos de gestação decorrente de estupro, risco de vida à gestante e anencefalia fetal, sendo esta última exceção autorizada pelo Plenário do STF em 2012. Diante disso, a maioria dos abortos realizados no Brasil são feitos de forma insegura e clandestina, transformando um procedimento simples em algo que põe em risco a vida de milhares de mulheres todos os anos (Bomfim et al., 2021). Conforme dados coletados no DataSUS, o Brasil chega a registrar diariamente 535 internações causadas por aborto (Bomfim et al., 2021).

Estudos mostraram que entre os anos de 2009 e 2018 foram registrados oficialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) 721 mortes de mulheres por aborto, sendo a maioria dessas, negras ou pardas com baixo acesso a informações e cuidados humanizados (Bomfim et al., 2021). Diante disso, o aborto se torna um problema de saúde pública no país, tanto por sua magnitude quanto pela sua persistência (Diniz et al., 2017).

Apesar dos fatos apresentados, a reforma na legislação é dificultada pelo Poder Legislativo que ainda considera fundamentos morais, culturais e religiosos para compor as leis de um Estado Laico. Um exemplo disso é a tramitação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei (PL) 1904/2024, que prevê a equiparação de um aborto realizado em mais de 22 semanas de gestação ao crime de homicídio simples com penas variando entre 6 e 20 anos.

Assim sendo, analisar os indicadores de mortalidade materna decorrente do aborto no Brasil torna-se necessário para a compreensão da prática como um fenômeno social e cultural, que ultrapassa as dimensões individuais e/ou intrapsíquicas. Com essa perspectiva, o presente trabalho faz parte de um projeto de pesquisa maior, integrado com o Observatório Internacional Interinstitucional de Saúde Pública (OIISP - <https://oiisp.org/>) cujo objetivo é monitorar o cumprimento das metas em Saúde Pública na América Latina propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU) a partir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os ODS estabelecidos em 2015 como parte da Agenda 2030, têm várias metas que, direta ou indiretamente, estão ligadas ao tema do aborto, principalmente na perspectiva de saúde, direitos reprodutivos, igualdade de gênero e redução da pobreza que compõe o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 5 (Igualdade de gênero).

Esse artigo analisa indicadores de mortalidade do aborto por região no Brasil. Análises dessa natureza produzem indicadores de monitoramento dos Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável (ODS) em um país e podem contribuir para a leitura crítica dos sistemas de saúde, das condições de vida de uma população e dos efeitos da política na cultura e no cotidiano da vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico descritivo, retrospectivo, de série temporal utilizando dados secundários agregados, com o objetivo de descrever o cenário de mortalidade materna decorrente do aborto no Brasil através de dados públicos disponíveis para consulta e para download nos diversos sistemas de informação em saúde do país.

Nas pesquisas ecológicas, realiza-se uma análise de populações ou grupos populacionais bem definidos, englobando áreas também claramente demarcadas. Nesta abordagem, as características individuais são ignoradas, ou seja, as informações analisadas referem-se àquela população específica e são apresentadas por meio de medidas agregadas que sintetizam uma condição. A peculiaridade central dessa metodologia traz à tona seu principal desafio, conhecido como viés ecológico. A relação observada entre grupos não necessariamente reflete com precisão o que ocorreria em nível individual (Caldeira, Souza, Bedaque & Papa, 2018, pp. 15-28). Além disso, essa abordagem é bastante adequada para avaliar a eficácia das medidas implementadas sobre a população. Considerado de baixo custo, esse tipo de estudo pode, sim, indicar corretamente uma associação causal ou não, uma vez que é útil na formulação de hipóteses e recorre a uma ampla base de dados epidemiológicos (Caldeira, Souza, Bedaque & Papa, 2018, pp. 15-28).

Estudos ecológicos também podem ser realizados tanto por meio de comparações de populações em locais distintos simultaneamente, quanto por meio de análises temporais, onde se observa a mesma população em diferentes períodos. As pesquisas que utilizam séries temporais têm a vantagem de atenuar a influência do nível socioeconômico, um fator que pode complicar a interpretação em estudos ecológicos. Quando o intervalo de tempo em uma série temporal é bastante reduzido, como em um acompanhamento diário, o impacto dos fatores de confusão torna-se quase irrelevante, uma vez que os participantes atuam como seus próprios controles (Darski, Moreira, Capp & Nienov, 2021).

O presente trabalho utilizou como referência metodológica o artigo “Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?” (<https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>).

Foram consideradas as causas básicas da morte estabelecidas pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), referindo-se as seguintes categorias: O03 (aborto espontâneo), O04 (aborto por razões médicas e legais), O05 (outros tipos de aborto), O06 (aborto não especificado), O07 (falha de tentativa de aborto) e O08 (complicações decorrentes de aborto ou gravidez ectópica ou molar).

A escolha do uso do CID-10 como material de pesquisa, mesmo que desatualizado, tendo como referência temporal o momento em que o presente trabalho está sendo realizado, ocorreu devido à plataforma de busca utilizada (DATASUS) ainda usá-lo como forma de classificação das doenças.

Por se tratar de uma prática ilegal, é reconhecida a subnotificação das mortes por abortamento, fazendo com que os resultados não sejam exatos.

Foram incluídos os dados ocorridos no período de 2012 a 2023 que tiveram causa básica de óbito os CIDs anteriormente citados, devido as questões políticas no Brasil acerca do aborto, uma vez que a partir de 2012 a questão da “anencefalia fetal” foi incluída na legislação como uma das exceções em que o aborto é permitido no país. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel para Microsoft 365 MSO, ferramenta na qual foi analisada a distribuição das variáveis categóricas, ano em que os óbitos ocorreram e o CID.

Os resultados da pesquisa desenham indicadores de saúde pública. Esses indicadores refletem tanto o acesso aos serviços de saúde quanto as condições socioeconômicas, como educação, renda, saneamento e desigualdades sociais. Utilizou-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM) que mede o número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no período de 2012 a 2023. Esse indicador considerou as mortes que ocorrem decorrente de abortos registrados no Tabnet, usando a seguinte fórmula:

$$RMM = \left(\frac{\text{Número de mortes maternas por aborto}}{\text{Nascidos Vivos}} \right) \times 100.000$$

A análise complementar desenhava o risco de morte por aborto para identificar áreas e grupos populacionais mais vulneráveis e subsidiar a reflexão sobre as políticas de saúde pública e programas sociais que promovam o desenvolvimento e a equidade,

considerando as variáveis de raça/cor, região, estado civil, faixa etária e escolaridade, através do cálculo:

$$RM = \left(\frac{\text{Número de mortes maternas por aborto}}{\text{Nascidos Vivos}} \right) \times 100$$

Os dados de mortes materna por abortamento e os números para “nascidos vivos” foram coletados no Tabnet, plataforma do DATASUS, sujeito aos vieses de coleta inerentes à extração de dados secundários de uma base pública alimentada por diversas entidades da administração direta municipal e estadual.

Trata-se de um estudo com dados secundários de domínio público disponíveis através da internet, tais dados disponibilizados através da base de dados do DATASUS, sem a possibilidade de identificação individual, garantindo o anonimato. Por isso, não foi necessário a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assim como a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em conformidade com as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Para analisar os índices de mortalidade por aborto no Brasil, tomou-se inicialmente como referência um conjunto de CIDs selecionados para a pesquisa. Os resultados totalizaram um número total de notificações de 737 mortes por abortamento no período de 2012 a 2023. O CID de maior prevalência foi o O06 (aborto não especificado) com uma porcentagem a nível nacional de 47,08%, o que também ocorreu nas regiões em que este permaneceu, segundo os dados oficiais, como a maior de causa de morte por aborto entre as mulheres.

Tabela 1: Número e percentual de mortes por aborto, segundo a categoria CID-10. Brasil e Regiões, 2012 a 2023.

Categoria CID10	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
O03 Aborto espontâneo	23	19,83	58	29,59	67	23,02	19	32,20	27	36,00	194	26,32
O04 Aborto por razões médicas e legais	2	1,72	4	2,04	7	2,41	0	0,00	2	2,67	15	2,04
O05 Outros tipos de aborto	15	12,93	25	12,76	42	14,43	9	15,25	14	18,67	105	14,25
O06 Aborto não especificado	60	51,72	85	43,37	147	50,52	26	44,07	29	38,67	347	47,08
O07 Falha de tentativa de aborto	15	12,93	21	10,71	23	7,90	5	8,47	3	4,00	67	9,09
O08 Complicações consequentes de aborto ou gravidez ectópica ou molar	1	0,86	3	1,53	5	1,72	0	0,00	0	0,00	9	1,22
Total	116	100,00	196	100,00	291	100,00	59	100,00	75	100,00	737	100,00

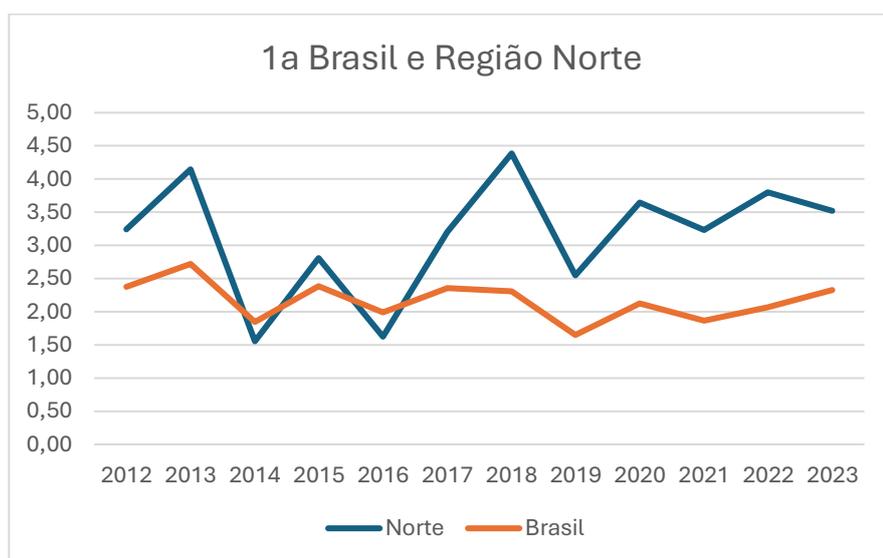
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Para fins de análise, realizou-se o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) específica por aborto no Brasil e nas cinco regiões do país, entre os anos de

2012 e 2023. O conjunto de gráficos a seguir localiza a distribuição da RMM por região em relação as médias nacionais.

Na região Norte, os índices de mortalidade são altos e sua distribuição está acima da média nacional.

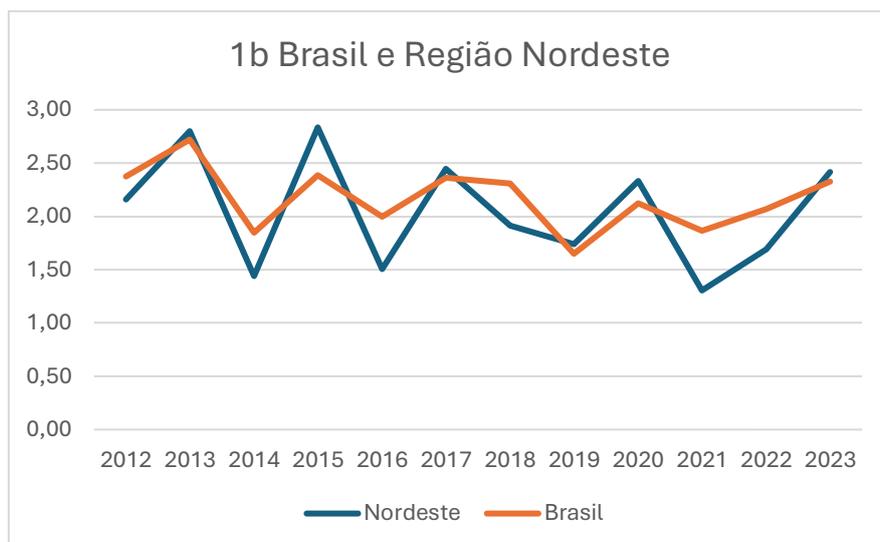
Gráfico 1. Óbitos decorrente de aborto (CID 10: O03-O07) por Região de Residência e Região Norte - Brasil, 2012-2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No Nordeste observa-se índices também altos mais próximo ao comportamento nacional para mortes decorrentes do aborto, com uma redução importante no período da Pandemia de COVID-19. No ano de 2019, todas as regiões registraram queda na notificação da mortalidade.

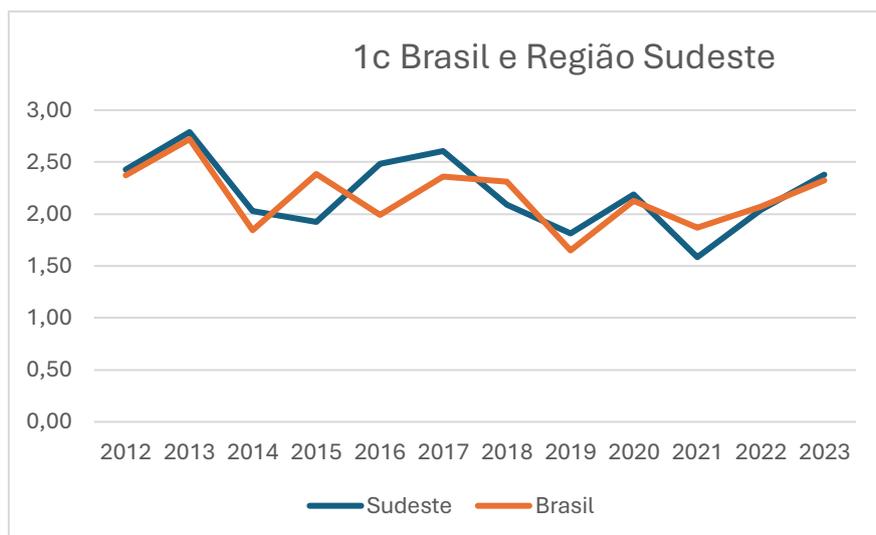
Gráfico 2. Óbitos decorrente de aborto (CID 10: O03-O07) por Região de Residência e Região Nordeste - Brasil, 2012-2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Assim como o Nordeste, a região Sudeste possui uma similaridade nas variações do número de mortes por abortamento quando comparados à média do Brasil, mas é a região como o perfil epidemiológico mais próximo a nacional.

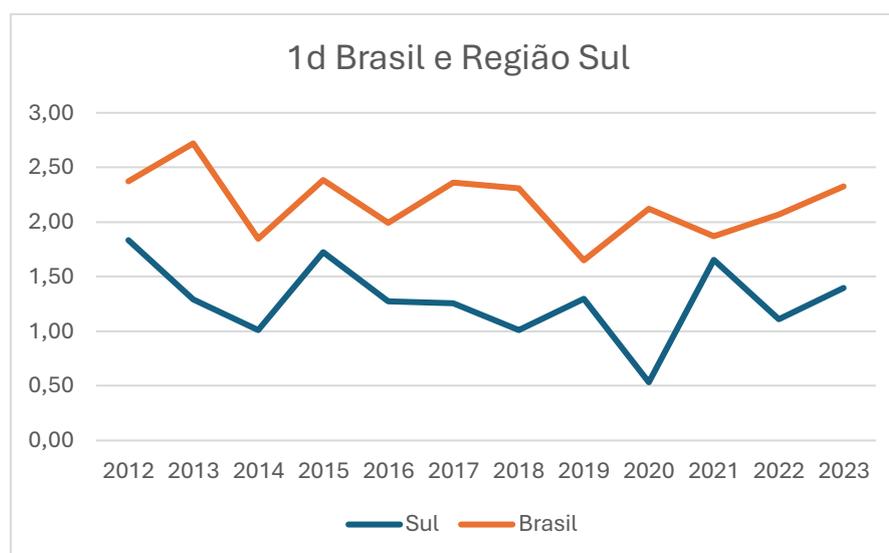
Gráfico 3. Óbitos decorrente de aborto (CID 10: O03-O07) por Região de Residência e Região Sudeste - Brasil, 2012-2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No gráfico abaixo, é possível observar que a linha da região Sul, apesar de haver uma variação ao longo do tempo, permaneceu abaixo da média brasileira, podendo-se concluir, segundo esses dados, que morrem menos mulheres no Sul do que no Brasil como um todo, sendo a única região que permaneceu abaixo da média brasileira em todo o período.

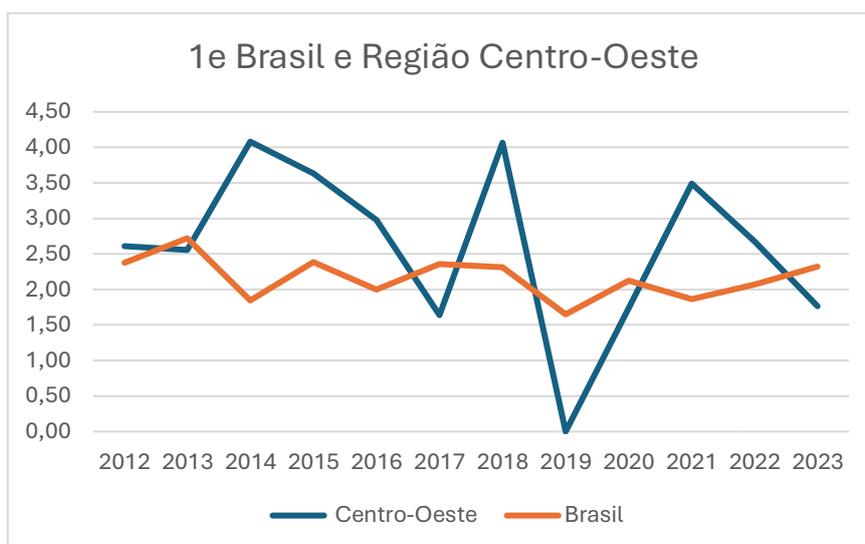
Gráfico 4. Óbitos decorrente de aborto (CID 10: O03-O07) por Região de Residência e Região Sul - Brasil, 2012-2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A região Centro-Oeste, ao longo dos anos analisados, possui mudanças abruptas no que se refere à mortalidade materna decorrente do aborto. É uma região que, majoritariamente, se mantém acima da linha brasileira, aferindo-se que, no período estudado nessa pesquisa, em média, morreram mais mulheres nessa região do que no país. Vale destacar o ano de 2019, ano em que oficialmente não foram registradas mortes por aborto, é possível inferir evidência de subnotificação.

Gráfico 5. Óbitos decorrente de aborto (CID 10: O03-O07) por Região de Residência e Região Centro-Oeste - Brasil, 2012-2023



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Em relação a variável cor/raça, com exceção da região Sul, todas as outras tiveram como predomínio para óbitos maternos decorrente do aborto a cor parda. A nível nacional, as mortes de mulheres negras representaram 63% do total – sendo que 52,6% são de pardas e a raça/cor preta com 10,4%. Logo em seguida mulheres brancas com 30,8%, a categoria “ignorado” caracteriza 3,4% dos óbitos, 2,4% foram de mulheres indígenas e, por fim, 0,3% de mulheres amarelas.

Destaca-se que, o número de óbitos de mulheres brancas possuir uma maior incidência do que os números coletados referentes a mulheres pretas pode ser explicado pelas dificuldades existentes em obter dados da categoria “raça/cor” nas declarações de óbito. Tal dificuldade ocorre não somente pela informação não corresponder com a realidade, mas como também pela falta de preenchimento da informação, o que dificulta os estudos referentes à saúde da mulher negra.

Tabela 2: Número e percentual de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e raça/cor. Brasil. 2012 a 2023.

Raça/cor	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul	Centro-Oeste		Brasil		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Branca	20	17,2	37	18,9	114	39,2	42	71,2	14	18,7	227	30,8
Preta	9	7,8	19	9,7	36	12,4	9	15,3	4	5,3	77	10,4
Amarela	-	0,0	1	0,5	1	0,3	-	0,0	-	0,0	2	0,3
Parda	72	62,1	128	65,3	132	45,4	6	10,2	50	66,7	388	52,6
Indígena	13	11,2	2	1,0	-	0,0	-	0,0	3	4,0	18	2,4
Ignorado	2	1,7	9	4,6	8	2,7	2	3,4	4	5,3	25	3,4
Total	116	100,0	196	100,0	291	100,0	59	100,0	75	100,0	737	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Segundo os dados coletados, a maior proporção de óbitos maternos ocorreu em todas as regiões por mulheres solteiras. No Brasil, 57,7% das mortes por aborto foram de mulheres solteiras, para em seguida, uma redução significativa para 19% dos óbitos de casadas.

Tabela 3: Número e percentual de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e estado civil. Brasil. 2012 a 2023.

Estado Civil	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteira	58	50,0	112	57,1	182	62,5	36	61,0	37	49,3	425	57,7
Casada	20	17,2	31	15,8	62	21,3	11	18,6	16	21,3	140	19,0
Viúva	2	1,7	1	0,5	5	1,7	-	0,0	-	0,0	8	1,1
Separada	1	0,9	2	1,0	10	3,4	2	3,4	3	4,0	18	2,4
Outra	26	22,4	23	11,7	20	6,9	5	8,5	12	16,0	86	11,7
Ignorado	9	7,8	27	13,8	12	4,1	5	8,5	7	9,3	60	8,1
Total	116	100,0	196	100,0	291	100,0	59	100,0	75	100,0	737	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Em relação a variável “faixa etária”, houve uma predominância no Brasil de 43,7% dos casos de óbitos por abortamento em mulheres de 20 a 29 anos, o que corresponde com os dados coletados nas regiões em que também houve um predomínio de mortes de mulheres com essa idade. É necessários destacar os dados coletados que apontaram uma porcentagem de 1,1% das mortes por aborto no país nesse período de crianças com 10 a 14 anos e 13,2% dos óbitos são de adolescentes com 15 a 19 anos.

Tabela 4: Número e percentual de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e faixa etária. Brasil. 2012 a 2023.

Faixa etária	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 a 14 anos	1	0,9	5	2,6	2	0,7	-	0,0	-	0,0	8	1,1
15 a 19 anos	20	17,2	31	15,8	31	10,7	9	15,3	6	8,0	97	13,2
20 a 29 anos	55	47,4	86	43,9	116	39,9	27	45,8	38	50,7	322	43,7
30 a 39 anos	33	28,4	58	29,6	113	38,8	18	30,5	25	33,3	247	33,5
40 a 49 anos	7	6,0	16	8,2	29	10,0	5	8,5	5	6,7	62	8,4
50 a 59 anos	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	1,3	1	0,1
Total	116	100,0	196	100,0	291	100,0	59	100,0	75	100,0	737	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Quando analisada a variável “escolaridade”, todas as regiões apresentaram uma maior porcentagem de mortes por abortamento em mulheres que tiveram 8 a 11 anos de estudo. Com exceção do Centro-Oeste, as demais regiões do país obtiveram como segunda maior prevalência óbitos maternos por aborto em mulheres com 4 a 7 anos de estudo, enquanto o Centro-Oeste mulheres com 12 ou mais anos escolares foram o segundo grupo com a maior porcentagem de óbitos.

Vale salientar que todas as regiões obtiveram uma porcentagem maior que 10% na categoria “ignorado”, ressaltando a imprecisão dos resultados.

Tabela 5: Número e percentual de óbitos maternos em consequência de abortamento por região e escolaridade. Brasil. 2012 a 2023.

Anos de estudo	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhum	7	6,03	12	6,12	2	0,69	2	3,39	2	2,70	25	3,40
1 a 3	9	7,76	20	10,20	23	7,90	1	1,69	6	8,11	59	8,02
4 a 7	24	20,69	48	24,49	82	28,18	12	20,34	14	18,92	180	24,46
8 a 11	45	38,79	69	35,20	123	42,27	31	52,54	27	36,49	295	40,08
12 e mais	10	8,62	10	5,10	24	8,25	6	10,17	17	22,97	67	9,10
Ignorado	21	18,10	37	18,88	37	12,71	7	11,86	8	10,81	110	14,95
Total	116	100,00	196	100,00	291	100,00	59	100,00	74	100,00	736	100,00

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Discussão

No Brasil, as elevadas taxas de aborto evidenciam os desafios que mulheres e seus parceiros enfrentam por conta da falta de acesso a um planejamento familiar adequado que promova orientações e métodos contraceptivos seguros (Bomfim et al., 2021). Especialmente se considerarmos que os dados apresentados representam as notificações e sabemos que o Brasil é um país conservador e que tem ameaçado criminalizar o aborto, perspectiva que impacta os registo em saúde e localizam a questão do aborto como um problema de saúde pública. (Borrego, 2023)

Diversos estudos confirmaram que o aborto e as possíveis complicações desse procedimento possuem uma relação direta com as desigualdades sociais existentes no país. Por conta da dificuldade de fala, consequência da criminalização da prática e do medo por estar cometendo um crime, a prática insegura do aborto tem como efeito à subnotificação e as mortes causadas pelo procedimento (de Mello& Galli, 2016).

Essa subnotificação dos casos de aborto é um elemento que prejudica a compreensão da sua prevalência entre a população potencialmente exposta (Camilo et al., 2021). A prática em condições clandestinas, junto às subnotificações e à sua ilegalidade, torna a coleta de dados precisa um desafio, resultando em danos à saúde das mulheres (Camilo et al., 2021). A questão da subnotificação está presente em todo o país, entretanto sua provável evidência foi apontada no Gráfico 5, referente a região Centro-Oeste, em que oficialmente não foram registradas mortes por abortamento no ano de 2019.

Para mais, todas as regiões apresentaram uma queda nos óbitos por aborto durante a pandemia do Covid-19. Em função do receio de contaminação e das dificuldades de deslocamento, muitas mulheres passaram a evitar os serviços de saúde, o que resultou em uma queda na demanda por contraceptivos, acompanhamento pré-natal e aborto legal. O distanciamento social contribuiu ainda para a redução do número de consultas, exames e orientações voltadas à prevenção e ao tratamento de questões de saúde. Essa limitação no acesso aos serviços teve um impacto negativo na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, englobando aspectos como pré-natal, planejamento familiar, disponibilização de contraceptivos e aborto legal. É fundamental que os cuidados levem em conta as particularidades das mulheres, considerando fatores como gênero, raça e classe social (UNFPA, 2020).

Em nações onde as leis para o aborto são restritivas, como no Brasil, o acesso ao aborto legal se tornou ainda mais complicado durante a pandemia, resultando em um crescimento dos abortos inseguros e trazendo sérias consequências para a saúde feminina, com mortes e morbidades que poderiam ser evitadas (PILECCO et al., 2021). No ano de 2020, houve uma diminuição no número de casos de aborto espontâneo, possivelmente devido à menor busca por atendimento em razão do isolamento imposto pela pandemia da COVID-19, subnotificação, ou até mesmo uma melhoria na Atenção Primária à Saúde (focando na prevenção e promoção à saúde), com o incremento das Estratégias de Saúde da Família (ESF) nas regiões de saúde, mesmo durante o período pandêmico (FERNANDEZ, 2021; SILVA, 2014).

Assim, em um aspecto geral, o aborto representa 15% das mortes maternas e, no território brasileiro, é considerado uma questão de saúde pública, problema este que atinge majoritariamente mulheres jovens negras, de baixa renda, baixa escolaridade e residentes das periferias das cidades (Batista et al., 2016; Uliana et al., 2022). O aborto pode causar certas complicações físicas como hemorragia, retenção do resto de placenta,

perfuração do útero, entre outras, além das reverberações psicológicas (Ribeiro et al., 2017). Tais complicações, em muitos casos, podem levar a uma internação hospitalar, haja vista que ocorrem em média 240 mil internações decorrentes do aborto por ano no SUS (Domingues et al., 2020; Freitas et al., 2020).

Para além disso, o aborto foi a terceira causa direta de morte materna em 2018 no Brasil (Ministério da Saúde, 2018). Tais fatos indicam que o país fez avanços ainda insatisfatórios nas últimas décadas e reflete a forma como o Brasil encara a saúde da mulher e lida com seus direitos reprodutivos.

Em 2004, através do portal de notícias do Conselho Federal de Medicina (CFM - <https://portal.cfm.org.br/>), foi reconhecido que o aborto estava entre as principais causas de mortalidade materna no país, uma vez que o procedimento foi colocado como um problema de saúde pública altamente relevante. Através da notícia, foi declarado que, apesar da limitação imposta pela legislação brasileira, muitas mulheres escolhem realizar abortos de maneira ilegal, geralmente de forma arriscada, utilizando métodos primitivos que podem ser prejudiciais à saúde. Entretanto, a própria matéria do CFM traz como ponto de vista que a legalização do aborto não seria uma saída para o problema, mas sim educar a população para evitar que aconteçam gravidezes indesejadas e, conseqüentemente, mais abortos (CFM, 2004). Diante dos dados coletados no presente estudo e da literatura disponível para o assunto, é evidenciado um descompromisso governamental com os avanços na saúde sexual e reprodutiva da mulher, haja vista que, atualmente, o aborto permanece como uma questão séria para saúde pública e sua prática permanece como uma das maiores causas para morte de mulheres no Brasil.

Assim, as discussões e estudos envolvendo mortalidade materna decorrente do aborto são indicadores da realidade social do país, uma vez que a análise reflete os níveis socioeconômicos e as condições do sistema de saúde em questão. O Brasil possui desigualdades sociais e econômicas no seu território que são refletidas nos padrões de qualidade de vida, haja vista que algumas regiões brasileiras em que tais aspectos são superiores comparados à outras (Souza, 2015). Visando investigar essas diferenças, a ONU realizou pesquisas para determinar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos estados brasileiros, em que foi averiguado uma concentração dos IDHs mais baixos na região Nordeste e os melhores indicadores no Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais, divulgada pelo IBGE, entre 2021 e 2022, apesar de a pobreza e a extrema pobreza recuarem em todo território nacional, com destaque para o Norte e o Nordeste, ambas as regiões concentram o maior volume de pessoas nessas situações e também são os locais onde há um impacto maior dos programas sociais de transferência de renda.

A região Nordeste, em 2022, detinha 27% da população total do Brasil, mas concentrava 43,5% dos indivíduos em situação pobreza e 54,6% em extrema pobreza. Já o Norte, que reunia 8,7% da população total, detinha 12,8% das pessoas em um cenário de pobreza e 11,9% das pessoas em extrema pobreza. Mais da metade (51%) da população do Nordeste estava em situação de pobreza.

Outrossim, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), foi constatada em 2019 uma desigualdade educacional entre as regiões do Brasil. Averiguou-se que o Nordeste apresenta a maior taxa de analfabetismo no país (13,9%), o que é, aproximadamente, quatro vezes maior do que as taxas que foram estimadas para o Sul e Sudeste (3,3% em ambas). A região Norte apresentou uma taxa de 7,6%, enquanto o Centro-Oeste obteve 4,9%. Ademais, quando avaliada a média de estudos por região, o Nordeste e o Norte revelam uma menor escolaridade quando comparadas ao Sudeste, localidade com a maior média de estudos (PNAD, 2021). Com isso, afere-se que os investimentos públicos em educação possuem uma enorme importância para a redução da pobreza, desenvolvimento econômico, bem-estar e acesso aos direitos fundamentais pela população (PNAD, 2021).

No que se refere ao acesso à saúde, os usuários de planos de saúde são a parcela mais rica da população e, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi localizada a concentração desses usuários nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, ao passo que a população do Norte e do Nordeste possuem menos de 3% de usuários dos planos particulares (Agência Nacional de Saúde, 2019).

A partir disso, é possível concluir que o Norte e Nordeste, como as regiões com o menor índice de usuários de plano particular, são também os locais que mais utilizam o sistema de saúde pública, o que pode gerar uma sobrecarga desses serviços, afetando sua efetividade em promover saúde (Agência Nacional de Saúde, 2019). Além disso, segundo dados coletados pela Rede Interagencial de Informação para a Saúde, através de uma publicação do Ministério da Saúde, existe uma desigualdade na distribuição de médicos

pelas regiões brasileiras. O Norte e o Nordeste permanecem como os locais com os menores números desses profissionais (CFM, 2020), refletindo de forma direta e indireta no acesso a saúde da população e, pensando nos atendimentos emergenciais após um abortamento, essa assimetria na disposição de profissionais da saúde também pode atingir os serviços oferecidos diante das consequentes complicações de um aborto (CFM, 2020).

A assistência à saúde, expressa por meio de serviços médicos, hospitais de campanha, Unidades de Pronto Atendimento e atendimentos de emergência, é fundamental para o cuidado da mulher, especialmente em casos que envolvem suspeita de aborto ou na assistência posterior ao aborto.

Diante das informações expostas, é possível concluir que a economia é um fator social diretamente ligado à escolaridade da população, juntamente com o planejamento familiar e a educação sexual. A região Sul, ainda que com um maior número populacional quando comparada a região Norte (IBGE, 2021), obteve uma média menor de mortes por aborto, o que pode ser justificado, como dito anteriormente, pelo seu maior desenvolvimento econômico e social, refletindo de modo direto na qualidade da assistência à saúde. Segundo as Projeções de População do IBGE, as regiões do país que mais apresentaram uma redução de nascimentos na última década foram o Norte e o Nordeste. De acordo com os dados analisados, de 2000 a 2023, o número de nascimentos no Nordeste diminuiu de 1,1 milhão para 705,6 mil, acontecendo o mesmo com a região norte que recuou seu indicador de 377 mil para 285 mil (IBGE, 2024).

Ademais, as regiões Nordeste e Norte, onde se observam as maiores médias de mortalidade por abortamento (IBGE, 2021), são as regiões com os maiores índices de pobreza do país, em conjunto com o mais baixo nível educacional e os menores IDHs do Brasil, ou seja, são regiões em maior vulnerabilidade social e, segundo os dados coletados, são os locais em que mais mulheres morrem.

A investigação quanto a variável raça/cor ratifica as desigualdades raciais existentes no Brasil, estas são fatores de análise imprescindíveis para se avaliar a reprodução das desigualdades sociais no país, haja vista que revelam no tempo e no espaço uma maior vulnerabilidade socioeconômica das populações preta, parda e indígena. Para fins de discussão, esse artigo adota a terminologia do IBGE que define como negras mulheres pretas e pardas.

No Brasil, as mulheres negras estão localizadas na faixa de maior fragilidade e à margem da sociedade (Agência Nacional de Saúde, 2019). Essa desigualdade racial também está presente nas mortes por abortamento, onde mulheres negras são maioria. De acordo com dados coletados no DATASUS, no período de 2009 a 2018, foram registrados oficialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) 721 mortes de mulheres por aborto, em que sua maioria eram negras que possuíam pouco acesso a informações e cuidados humanizados. Foi averiguado também que, a cada 10 mulheres que vinham a óbito por conta do procedimento, 6 eram negras (DATASUS, 2021), número que se mantém nessa análise entre 2012 e 2023, indicativos de que não houve mudança no comportamento dos dados registrados.

Tais fatos podem ser explicados pelo predomínio desse grupo étnico racial na população do Brasil (IBGE, 2019) e pela incidência dessas mulheres a condições sociais desfavoráveis e uma menor assistência à saúde.

Segundo o IBGE, em 2022, 40% das pessoas negras eram pobres no país, caracterizando um patamar duas vezes superior à taxa da população branca (21%), ao passo que 7,7% eram extremamente pobres, configurando mais que o dobro da taxa entre brancos (3,5%). Tratando-se especificamente das mulheres negras, estas apresentaram percentuais ainda maiores em que chegaram a 41,3% da população em condição de pobreza e a 8,1% de extrema pobreza. Vale ressaltar que o arranjo familiar analisado, de mulheres desse grupo étnico racial, sem cônjuge e com filhos menores de 14 anos, também indicou a maior incidência de pobreza, uma vez que 72,2% dos moradores eram pobres e 22,6% eram extremamente pobres.

Outrossim, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019, do IBGE, mostrou que 18,3% das pessoas com 18 anos ou mais haviam sofrido violência física, psicológica ou sexual nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Na mesma investigação, averiguou-se que as pessoas negras foram as mais afetadas por essas violências, totalizando 20,6% das vítimas e, logo em seguida, as pardas com 19,3%. O número de mulheres (19,4%) foi superior ao de homens (17%), principalmente as mulheres negras, ratificando a vulnerabilidade social sofrida pelo grupo.

A partir disso, ao abordar os desequilíbrios presentes no país, é imprescindível também discutir-se o grau de escolaridade da população, uma vez que faz parte dos fatores influentes nas ocorrências de casos de morte por aborto no Brasil. Segundo a literatura

disponível (Santos & Silveira, 2017; Martins et al., 2017; Bomfim et al., 2021; Motta, 2022; Uliana et al., 2022), a falta de acesso a informações, em específico sobre a educação sexual e planejamento familiar, podem aumentar os índices de gravidez não planejada e não desejada, como já foi pontuado por Nogueira et al. (2009) ao estudarem a distribuição espacial da gravidez na adolescência nas cidades de Belo Horizonte, relacionando a vulnerabilidade social com as taxa de gravidez na adolescência.

Entretanto, diferentemente do que é divulgado, os dados coletados demonstraram um maior número de mortes maternas por aborto em mulheres com níveis mais altos de escolaridade, desafiando a suposição de que o baixo índice escolar é um fator preditivo para uma maior vulnerabilidade à mortalidade materna, especialmente em casos de aborto. A dimensão social parece também intervir de forma significativa, considerando que essas mesmas mulheres são majoritariamente negras e localizadas nas regiões mais pobres no país, mulheres que têm privilégio de acessar esse tipo de procedimento, de forma mais segura mesmo que ilegal, são de alta classe socioeconômica, pois possuem a condição de pagar pelo procedimento (Camilo et al., 2021).

Essa diferença entre os dados coletados na presente pesquisa e da literatura sobre o tema, abre espaço para possíveis questionamentos quanto ao “nível educacional elevado” como fator de proteção, uma vez que escolaridade não reflete adequadamente o entendimento que o indivíduo possui sobre a saúde sexual e reprodutiva, acerca de temas como prevenção de gravidez indesejada, e conscientização sobre os riscos de procedimentos de aborto inseguros. Diante disso, nasce a discussão quanto a qualidade dessa educação e dos conteúdos oferecidos, principalmente nas áreas de saúde e direitos reprodutivos.

Ademais, mulheres com mais anos de estudo podem, possivelmente, possuir carreiras e uma maior pressão social e profissional, acarretando a evitação ou protelação de uma gestação, o que pode levar a uma busca maior para métodos ou procedimentos abortivos. No Brasil, onde o aborto é ilegal e seu acesso seguro não é amplamente disponível, essas mulheres se tornam mais vulneráveis, seja por medo de estigmatização ou por lacunas no sistema de saúde que tornam o aborto seguro indisponível ou inacessível, independentemente da escolaridade da mulher.

Assim, torna-se válido questionar se, diante do que foi encontrado na literatura, se o baixo nível educacional é um fator de risco para a mortalidade materna decorrente do

aborto ou se o principal problema é a qualidade da educação e o acesso desigual aos recursos de saúde reprodutiva de forma segura.

Outro fator ligado ao casos de aborto, e também dos óbitos por ele causado, é o estado civil havendo uma maior predominância das taxas de mortalidade em mulheres solteiras, uma vez que a falta de uma rede de apoio social, destacando o suporte de um parceiro, pode influenciar na decisão de realizar um aborto por conta do medo, da solidão e da vergonha, além da interferência das condições econômicas existentes.

Além disso, a literatura aponta para a possibilidade dessa mulher ser sexualmente exposta a diversos parceiros, quando comparado a mulheres casadas, sendo levantada novamente a falta de apoio sentimental e juntamente da confusão e medo decorrentes da descoberta da gravidez, levando a um aborto (Sell et al., 2015; Ribeiro & Spink, 2011).

Quanto a variável “faixa etária”, estudos realizados no Pará verificaram que a idade da primeira gestação no Brasil concentra-se na faixa etária dos 15 aos 29 anos, com destaque para algumas diferenças entre as regiões: nas regiões mais pobres do país, o início da gestação se dá nas faixas etárias precoces; já nas regiões mais desenvolvidas, a idade da primeira gestação está na faixa dos 20-29 anos, com elevados percentuais de gestações entre 30-39 anos (Fernandes et al., 2019)

Tratando-se da prática do aborto, outras pesquisas relataram uma maior ocorrência do abortamento em mulheres na faixa etária de 25 a 29 anos, com ensino superior, solteira e com renda familiar de um a dois salários-mínimos. Os motivos principais para esse perfil abortar foram: falta de condições financeiras, não estar preparada para ser mãe e relação instável com o parceiro (Silva et al., 2023).

Tratando-se dos resultados da presente pesquisa, o período de 20 a 29 anos encontrado como o de maior ocorrência para mortes por abortamento, ocorre, possivelmente, por se tratar de uma fase na qual muitas mulheres estão em plena idade fértil, com uma maior probabilidade de iniciarem ou manterem vida sexual ativa, tornando-se conseqüentemente, mais propensas a engravidar, em destaque nos contextos em que o uso de contracepção é insuficiente ou não é acessado de forma consistente.

Ademais, mulheres com idades entre 20 e 29 anos possivelmente estão em um estágio de transição da vida. Essa faixa estará está mais propensa a lidar com incertezas econômicas ou instabilidade profissional, o que pode tornar a gravidez indesejada mais

desafiadora. A pressão social, profissional e familiar para alcançar uma estabilidade financeira ou acadêmica pode fazer com que a decisão de interromper a gravidez seja considerada mais urgente ou necessária.

Assim, uma gestação não planejada, possivelmente mais comum na idade analisada, leva a um aumento na procura do aborto, principalmente do aborto clandestino devido as leis restritivas do Brasil. Além das barreiras econômicas e sociais, essas mulheres não acessam o procedimento de forma segura, tornando-se vulneráveis a possíveis complicações e morte.

Destaca-se também, os índices de morte por aborto de crianças e adolescentes encontrados no país. Em 2017, houve um aumento significativo no número de internações relacionadas a aborto entre jovens de 15 a 19 anos. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que a taxa de gestação na adolescência no Brasil é cerca de 70%, o que supera a média observada nesta faixa etária na América Latina.

Conforme Ferreira (2020), dados obtidos de fontes oficiais de saúde indicam que, em 2018, registraram-se 21.172 nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos. Ferreira (2020) também aponta para os efeitos letais de uma gestação nessa faixa etária, salientando que, em 2018, “nove meninas tiveram morte materna obstétrica direta, das quais cinco eram negras”.

Considerações finais

O estudo atingiu seu objetivo ao avaliar os indicadores de mortalidade materna existentes no Brasil, uma vez que as desigualdades sociais presentes entre as regiões do país são evidenciadas através dos dados coletados e da literatura que apontam diferenças significativas e um desequilíbrio nos óbitos quando colocada em pauta questões raciais, econômicas, educacionais e de saúde. Além disso, foi ratificada a importância de políticas públicas a respeito da educação sexual, planejamento familiar e uma reavaliação governamental de como o Brasil lida não somente com os direitos reprodutivos dessas mulheres, como também o direito a saúde e a vida, visando reduzir o desequilíbrio entre os gêneros e as taxas de abortamento no país, principalmente do aborto inseguro.

Através da presente pesquisa e dos dados disponíveis oficialmente, foi traçado um perfil de mulheres com um maior risco para morte por aborto no Brasil, sendo estas:

mulheres negras, de 20 a 29 anos, com 8 a 11 anos de estudo, solteiras e residentes das regiões Norte e Nordeste do país. Tal perfil poderá ser utilizado como indicador de risco para internações pós-aborto, além caracterizar um grupo que demanda um maior acesso a planejamento reprodutivo, juntamente com um cuidado pré-natal, com o objetivo de diminuir a probabilidade de um aborto, seja este espontâneo ou induzido e, conseqüentemente, reduzindo as mortes por ele causadas.

Por fim, faz -se necessário salientar que nos sistemas de informação de saúde brasileiros, não existem dados referentes ao aborto inseguro, ou seja, embora os números apresentados sejam preocupantes, a subnotificação demonstra que há uma grande parcela de óbitos decorrentes do aborto não registrados oficialmente, ressaltando a necessidade de mais estudos sobre o tema e intervenções capazes de gerar mudanças significativas.

REFERÊNCIAS:

- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (n.d.). Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br>
- Borrego, A. E., & Ferraz, A. T. R. (2023). Direito ao aborto no Brasil: Acirramento das disputas entre o movimento conservador e o feminismo anticapitalista no governo Bolsonaro. *Geminal: Marxismo e Educação em Debate*, 15(3), 177-194.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Marcos legais da interrupção da gestação no Brasil. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/marcos-legais-da-interruptao-da-gestacao-no-brasil/>
- Caldeira, A. L. G., Souza, D. L. B., Bedaque, H. P., & Papa, T. D. (2018). Estudos epidemiológicos: Conceitos gerais. Em *Descomplicando MBE: Uma abordagem prática da Medicina Baseada em Evidências* (pp. 15-28). Caule de Papiro.
- Camilo, D. C., Sapateiro, G. A., Martins, N., Antikadjian, R. H., Tanck, E., & Milagres, C. S. (2021). Práticas de aborto inseguro: Métodos culturais e caseiros. *Brazilian Journal of Development*, 7(9), 94414-94426.
- Carvalho, C. B. (2023). Aborto como questão de saúde pública: Perfil de internações por aborto no nordeste brasileiro de 2011 a 2020.
- Carvalho, P. L. de. (2022). A criminalização x a legalização do aborto no Brasil. Repositório Digital da Pós-Graduação Sogna. <https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/55053/1/PATR%C3%8DCIA%20LADEIA%20DE%20CARVALHO.pdf>
- Conselho Federal de Medicina. (2020). Desigualdade na distribuição dos médicos dificulta o acesso da população aos cuidados em saúde. CFM Portal. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/noticias/desigualdade-na-distribuicao-dos-medicosdificulta-o-acesso-da-populacao-aos-cuidados-em-saude/>
- Darski, C., Moreira, M. S., Capp, E., & Nienov, O. H. (2021). Epidemiologia aplicada básica (pp. 236-237). UFRGS.

- Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. (2009). Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22, 653-660.
- Fernandes, F. C. G. de M., Santos, E. G. D. O., & Barbosa, I. R. (2019). Age of first pregnancy in Brazil: Data from the national health survey. *Journal of Human Growth and Development*, 29(3), 304–312. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9523>
- Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H. B., Johnson, B. R., Gülmezoglu, A., & Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 155.
- Gois, M. S. A., & Nogueira, M. de P. (2022). Spatial correlation and temporal trend of hospital admissions for abortion in Brazil and regions, 2012 to 2021. *Research, Society and Development*, 11(14), e460111436729. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36729>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Estatísticas sociais: Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdadessociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=sobre>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Estimativas de população, 2021. Disponível em https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio e o sexo – Brasil.
- Jacobs, M. G., & Boing, A. C. (2021). O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00085321.

Martins, E. F., Almeida, P. F. B. D., Paixão, C. D. O., Bicalho, P. G., & Errico, L. D. S. P. D. (2017). Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00133115.

Ministério da Saúde. (2018). Audiência pública – interrupção voluntária da gravidez. Supremo Tribunal Federal.

Moreira, L. T. N., & dos Santos Lima, M. S. F. (2023). Atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres durante a pandemia da COVID-19: Revisão integrativa. *Anais dos Seminários de Iniciação Científica*, 27.

Mortalidade materna: combate deve ser diário. (2004). Portal Médico.
<https://portal.cfm.org.br/noticias/mortalidade-materna-combate-deve-ser-diario>

Motta, L. D. P. (2022). Análise comparativa da mortalidade materna por abortamento nas regiões do Brasil no período de 2010 a 2019.

Nogueira, M. J., Silva, B. F. A., Barcelos, S. M., & Schall, V. T. (2009). Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no município de Belo Horizonte - MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(3), 297-312. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300002>

Organização Pan-Americana da Saúde. (n.d.). Saúde sexual e reprodutiva. Recuperado em 11 de novembro de 2024, de <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-sexual-e-reprodutiva#:~:text=A%20OMS%20estima%20que%2C%20a,inseguros%20nas%20regi%C3%B5es%20em%20desenvolvimento>

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., & Tunçalp, Ö. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2, e323-33.

Silva, Á. R., Franco, A. P. M., Leal, A. S., Real, R. A. C., & Leite, D. S. (2023). Aborto em Marabá, Pará: Fatores e motivos associados. *Journal of Nursing and Health*, 13(1), e1316361-e1316361.

Souza, J. P. (2015). A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(12), 549-551. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>

Tang, K., Gaoshan, J., Ahonsi, B., Ali, M., Bonet, M., Broutet, N., ... & Thwin, S. S. (2020). Sexual and reproductive health (SRH): A key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reproductive Health*, 17(1), 59.

World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*.