

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE ÓBITOS DE MULHERES
EM IDADE REPRODUTIVA E ÓBITOS MATERNOS POR
ABORTO NO BRASIL ENTRE 2015-2023: ESTUDO
TRANSVERSAL**

*EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DEATHS OF WOMEN OF
REPRODUCTIVE AGE AND MATERNAL DEATHS FROM ABORTION IN
BRAZIL BETWEEN 2015-2023: CROSS-SECTIONAL STUDY*

*ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE MUERTES DE MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA Y MUERTES MATERNAS POR ABORTO EN BRASIL
ENTRE 2015-2023: ESTUDIO TRANSVERSAL*

SABRINA AVELAR DOS SANTOS

Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Santo Amaro (UNISA). São Paulo – SP, Brasil.

E-mail: osabrina@estudante.unisa.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-1147-1222>

GUSTAVO GONÇALVES DOS SANTOS

Enfermeiro Obstétrico e Mestre em Ciências. Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Campus Guarujá, Professor do Bacharelado em Enfermagem, Guarujá – São Paulo – SP, Brasil.

E-mail: ggsantos@unaerp.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1615-7646>

Recebido em: 10/02/2025 Aceito em: 10/02/2025 Publicado em: 10/02/2025
(Preenchido pela Comissão Editorial)

Resumo

Objetivo: Analisar os óbitos de mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos) e óbitos maternos relacionados a abortos no Brasil entre 2015 e 2023. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e exploratório de base populacional, com dados extraídos do banco de dados TabNet do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram incluídos óbitos maternos cuja causa foi categorizada como aborto (CID-10 O003 a O07). Excluíram-se dados incompletos. A análise descritiva incluiu variáveis demográficas e sociais, e o software EPI-INFO 7.2® foi utilizado para cálculos estatísticos. **Resultados:** Houve maior concentração de óbitos em mulheres de 40-49 anos, com predominância de óbitos maternos na faixa de 30-39 anos. As mulheres pardas e solteiras foram as mais afetadas. O Sudeste apresentou o maior número de óbitos, seguido pelo Nordeste. Óbitos em hospitais predominaram, mas óbitos também ocorreram em domicílios e outros locais. Complicações infecciosas e hemorrágicas foram frequentes nos casos de aborto. **Conclusão:** Os dados revelam desigualdades regionais e raciais na mortalidade materna, além de destacar a vulnerabilidade de mulheres com baixa escolaridade e suporte familiar limitado. A análise enfatiza a necessidade de políticas públicas para melhorar o acesso a cuidados de saúde reprodutiva e a importância de intervenções direcionadas a grupos específicos para reduzir a mortalidade materna no Brasil.

Palavras-chave: Aborto; Saúde da Mulher; Mortalidade; Mortalidade materna; Sistemas de Informação em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the deaths of women of reproductive age (10-49 years) and maternal deaths related to abortions in Brazil between 2015 and 2023. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive and exploratory population-based study, with data extracted from the TabNet database of the Unified Health System (DATASUS). Maternal deaths whose cause was categorized as abortion (ICD-10 O003 to O07) were included. Incomplete data was excluded. Descriptive analysis included demographic and social variables, and EPI-INFO 7.2® software was used for statistical calculations. **Results:** There was a higher concentration of deaths in women aged 40-49, with a predominance of maternal deaths in the 30-39 age group. Brown and single women were the most affected. The Southeast had the highest number of deaths, followed by the Northeast. Deaths in hospitals predominated, but deaths also occurred in homes and other places. Infectious and hemorrhagic complications were frequent in abortion cases. **Conclusion:** The data reveal regional and racial inequalities in maternal mortality, as well as highlighting the vulnerability of women with low levels of education and limited family support. The analysis emphasizes the need for public policies to improve access to reproductive health care and the importance of interventions targeting specific groups to reduce maternal mortality in Brazil.

Keywords: Abortion; Women's health; Mortality; Maternal mortality; Information systems in Health.

Resumen

Objetivo: Analizar las muertes de mujeres en edad reproductiva (10-49 años) y las muertes maternas relacionadas con abortos en Brasil entre 2015 y 2023. **Metodología:** Se trata de un estudio poblacional transversal, descriptivo y exploratorio, con datos extraídos de la base de datos TabNet del Sistema Único de Salud (DATASUS). Se incluyeron las muertes maternas cuya causa fue categorizada como aborto (CIE-10 O003 a O07). Se excluyeron los datos incompletos. El análisis descriptivo incluyó variables demográficas y sociales, y para los cálculos estadísticos se utilizó el programa informático EPI-INFO 7.2®. **Resultados:** Hubo una mayor concentración de muertes en mujeres de 40-49 años, predominando las muertes maternas en el grupo de 30-39 años. Las mujeres morenas y solteras fueron las más afectadas. El sureste registró el mayor número de muertes, seguido del noreste. Predominaron las muertes en hospitales, pero también se produjeron en domicilios y otros lugares. Las complicaciones infecciosas y hemorrágicas fueron frecuentes en los casos de aborto. **Conclusiones:** Los datos revelan desigualdades regionales y raciales en la mortalidad materna, además de destacar la vulnerabilidad de

las mujeres con bajo nivel de educación y apoyo familiar limitado. El análisis enfatiza la necesidad de políticas públicas para mejorar el acceso a la atención en salud reproductiva y la importancia de intervenciones dirigidas a grupos específicos para reducir la mortalidad materna en Brasil.

Palabras clave: Aborto; Salud de la mujer; Mortalidad; Mortalidad materna; Sistemas de información en Salud.

1 Introdução

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda. Dentre as causas evitáveis de mortalidade materna, o aborto inseguro, realizado em condições inadequadas, destaca-se por ser uma das principais, levando milhares de mulheres à morte anualmente. Estima-se que cerca de 8% das mortes maternas em nível mundial estão associadas a abortos realizados de forma insegura, que frequentemente ocorrem em fases tardias da gestação, quando os riscos de complicações graves aumentam significativamente (World Health Organization, 2023).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 45% dos abortos realizados globalmente entre 2010 e 2014 foram considerados inseguros, representando uma taxa alarmante de procedimentos de alto risco. Destes, a maioria ocorreu em regiões onde o acesso ao aborto seguro é restrito ou ilegal, como na África Subsaariana e na América Latina, regiões que registram aproximadamente 60% das mortes maternas associadas a complicações pós-aborto (World Health Organization, 2023).

Abortos tardios, aqueles realizados após as primeiras 12 semanas de gestação, apresentam riscos ainda maiores para a saúde da mulher. Durante esse período, o procedimento torna-se mais invasivo e complexo, exigindo técnicas e recursos específicos para garantir a segurança do paciente. Em termos de dados específicos, estima-se que cerca de 7 milhões de mulheres sejam hospitalizadas anualmente devido a complicações de abortos inseguros, como hemorragias graves, infecções e lesões internas, como perfurações uterinas. Em países da África Ocidental e Central, a taxa de complicações pós-aborto chega a ser duas vezes maior que em países onde o aborto é legalizado e seguro. No Sudeste Asiático, essas complicações são igualmente comuns, levando muitas mulheres à morte ou a sequelas de longo prazo devido ao atendimento inadequado (Ganatra *et al.*, 2017).

A criminalização do aborto e a falta de políticas públicas que garantam acesso a serviços de aborto seguro são fatores determinantes para o aumento dos casos de mortalidade materna

por abortos inseguros e tardios. Em muitos países, as restrições legais dificultam ou até impedem que mulheres busquem ajuda médica qualificada, obrigando-as a recorrer a métodos informais e inseguros. Em nações como El Salvador e Nigéria, onde o aborto é amplamente criminalizado, a taxa de mortalidade materna relacionada a complicações de abortos inseguros é significativamente mais elevada em comparação a países como Canadá e Holanda, que legalizaram e oferecem amplo acesso ao aborto seguro. Esse contraste ilustra a importância de políticas públicas que promovam o direito à saúde reprodutiva, reduzindo a mortalidade materna (Sedgh *et al.*, 2016).

Estudos mostram que, onde o aborto é legal e acessível, a mortalidade materna associada a abortos inseguros é consideravelmente reduzida. Países como a Suécia e o Canadá, onde o aborto é legalizado e serviços de saúde reprodutiva são amplamente disponíveis, registram baixíssimas taxas de mortalidade materna decorrente de complicações relacionadas a abortos. Isso evidencia a importância de políticas públicas que priorizem a saúde e a autonomia reprodutiva das mulheres, oferecendo condições seguras para que possam fazer escolhas informadas sobre seus corpos e suas gestações (Berer, 2017).

A mortalidade materna associada ao aborto inseguro também está correlacionada com fatores socioeconômicos. Mulheres jovens, de baixa escolaridade e de regiões rurais estão entre as mais vulneráveis, enfrentando maiores barreiras para acessar serviços de saúde seguros. Em países como a Índia e a Nigéria, onde as desigualdades de acesso à saúde são significativas, as taxas de mortalidade materna por aborto inseguro são mais elevadas entre mulheres de grupos marginalizados, demonstrando que questões de vulnerabilidade social são fundamentais na compreensão e prevenção desse tipo de mortalidade (Shah & Áhman, 2009).

Os impactos da mortalidade materna decorrente de abortos inseguros vão além do campo da saúde, afetando diretamente o desenvolvimento social e econômico de comunidades inteiras. Mulheres em idade reprodutiva desempenham um papel central no desenvolvimento familiar e social, e suas mortes prematuras têm consequências de longo prazo para suas famílias e para a sociedade. A perda de uma mãe ou potencial cuidadora pode ter impactos profundos no bem-estar das crianças, no desenvolvimento familiar e até mesmo no progresso econômico de uma nação (Shah & Áhman, 2009).

Os dados epidemiológicos indicam que a legalização do aborto e a oferta de serviços de saúde reprodutiva adequados e acessíveis reduzem significativamente a mortalidade materna associada a abortos inseguros (Grimes *et al.*, 2006) Os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil têm sido um tema de grande relevância e debate nas últimas décadas.

Estes direitos são fundamentais para garantir a autonomia das mulheres sobre seus próprios corpos, bem como para promover a igualdade de gênero e a justiça social (LEMOS, 2014; Ávila, 2003).

A criminalização do aborto leva muitas mulheres a buscarem procedimentos inseguros, colocando suas vidas e saúde em risco (Ganatra *et al.*, 2017). O Ministério da Saúde estima que aproximadamente 1 milhão de abortos induzidos ocorrem anualmente no Brasil. Procedimentos inseguros de interrupção voluntária da gravidez resultam na hospitalização de mais de 250 mil mulheres por ano, com cerca de 15 mil apresentando complicações e 5 mil necessitando de internações graves (Conselho Federal de Enfermagem, 2018; Academia Brasileira de Ciências, 2024). Em 2016, o aborto inseguro causou a morte de 203 mulheres, o que equivale a uma morte a cada dois dias. Nos últimos 10 anos, ocorreram duas mil mortes maternas por esse motivo (Conselho Federal de Enfermagem, 2018; Academia Brasileira de Ciências, 2024); Silva, 2010). O direito ao aborto seguro e legal é uma questão central nos direitos reprodutivos. A criminalização do aborto leva muitas mulheres a recorrerem a procedimentos inseguros, resultando em altas taxas de mortalidade e *near miss* (Silva, 2010).

A misoginia é um dos elementos mais preocupantes da proposta de lei (PL) 1904/2024, pois reflete e reforça atitudes profundamente enraizadas de desprezo e ódio contra as mulheres. Essa PL perpetua estereótipos de gênero nocivos, ao sugerir que as mulheres devem se submeter a determinados papéis e comportamentos que são desvantajosos para sua autonomia e dignidade. A imposição de tais normas regressivas é uma afronta aos princípios fundamentais de igualdade e justiça (Silva, 2010; Barros *et al.*, 2019; Torrão, 2005; Teixeira & Paiva, 2021).

O escárnio contra as mulheres, promovido pela PL 1904/2024, é uma forma de violência psicológica que tem impactos devastadores na autoestima e na saúde mental das vítimas. Essa forma de violência é frequentemente usada para silenciar e deslegitimar as vozes das mulheres, impedindo-as de exercer seus direitos e participar plenamente na sociedade. A barbárie institucionalizada pela PL 1904/2024 se manifesta na normalização da violência e no tratamento cruel e desumano das mulheres. Essa PL não só permite, mas também incentiva práticas que desrespeitam a integridade física e psicológica das mulheres, colocando-as em situações de vulnerabilidade e risco (Silva, 2010; Barros *et al.*, 2019; Torrão, 2005; Teixeira & Paiva, 2021; Netto *et al.*, 2014).

Estudar a mortalidade por aborto é essencial para entender as lacunas no sistema de saúde e as consequências da criminalização do aborto. A falta de dados precisos e a subnotificação dos casos de aborto inseguro dificultam a avaliação da real dimensão do

problema e a implementação de soluções eficazes. Por isso, esse estudo pode contribuir para a construção de uma base de evidências que subsidie a defesa de políticas públicas mais inclusivas e respeitosas dos direitos reprodutivos das mulheres.

Além disso, a escolha dessa temática dialoga diretamente com os compromissos internacionais do Brasil, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que incluem a meta de reduzir a mortalidade e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva. A mortalidade por aborto é um indicador crítico de saúde reprodutiva e sua investigação pode fornecer insights valiosos para o cumprimento dessas metas. Assim objetiva-se analisar os óbitos de mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos) e óbitos maternos decorrentes de abortos no Brasil entre 2015 e 2023 através do Tabulador de Dados do Sistema Único de Saúde (TabNet) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) via Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

2 Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório, do tipo de base populacional, seguindo o *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

População do estudo

Foram selecionadas as informações do banco de dados de Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos disponibilizado pelo Tabulador de Dados do Sistema Único de Saúde (TabNet) que foram obtidas por meio de download da página de Internet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>, referente aos anos de 2015 a 2023 de mulheres residentes no Brasil com idade reprodutiva compreendida entre 10 e 49 anos e durante a gravidez, parto ou puerpério.

Os óbitos estudados foram aqueles ocorridos e registrados no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2023, no território brasileiro, sendo incluídos no estudo todos os registros de óbitos de mulheres em idade reprodutiva cuja causa básica de morte foi categorizada sob as

classificações CID-10 O003 a O07 (aborto espontâneo, aborto induzido, falhas do aborto). Foram excluídos do estudo dados incompletos relacionados às variáveis estudadas. Foi definida a amostra final do estudo quando ocorreu a manipulação do banco de dados secundários em setembro de 2024.

Coleta de dados

O período avaliado foi de 2015 a 2023, uma vez que a ferramenta TabNet permite a tabulação pelo ano do atendimento. Para os anos anteriores, a tabulação disponível é pelo ano do processamento, o que poderia trazer distorções devido à possibilidade de processamento de internações de anos anteriores.

Para a identificação e análise dos óbitos por aborto foi considerada a causa básica do óbito, conforme estabelecido na Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10). Foi usada a classificação sugerida pelo Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) específica por aborto, utilizando-se as seguintes categorias da CID-10: O03 (aborto espontâneo), O04 (aborto por razões médicas e legais), O05 (outros tipos de aborto), O06 (aborto não especificado) e O07 (falha de tentativa de aborto).

Variáveis do estudo

Os dados foram extraídos do banco de dados, incluindo variáveis como: idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, local de residência, causa básica de morte, tipo de morte, período, local da ocorrência, investigação do óbito e as subcategorias de mortalidade. As informações foram anonimizadas e organizadas em um banco de dados eletrônico para análise.

Análise dos dados

A análise descritiva foi realizada para caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres falecidas, com frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Foram calculadas as taxas de mortalidade por aborto em diferentes faixas etárias e regiões geográficas do Brasil, utilizando o número de óbitos por aborto como numerador e a população feminina em idade reprodutiva como denominador. O banco de dados do estudo foi organizado nos programas *Microsoft Excel*® e *Microsoft Word*®, para interpretação das variáveis sociodemográficas e óbitos. A interpretação das variáveis e os resultados obtidos são apresentados em tabelas de distribuição de frequência simples, contendo o número absoluto de

todas as variáveis questionadas no estudo. Os dados foram analisados utilizando o *software* EPI-INFO 7.2®.

Aspectos éticos

Não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de pesquisa com dados públicos. Os resultados foram expressos de forma agregada, sem possibilidade de identificação, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 Resultados

Observa-se que a maior concentração de óbitos em mulheres em idade reprodutiva está na faixa de 40 a 49 anos (317.856), enquanto a faixa de 30 a 39 anos apresenta o maior número de óbitos maternos (6.844). Os óbitos maternos em idades mais jovens (10 a 14 anos) são raros, com 104 casos, enquanto nas faixas de 20 a 29 e 30 a 39 anos o número aumenta consideravelmente. Entre as mulheres em idade reprodutiva, o maior número de óbitos foi registrado para mulheres pardas (292.470), seguido por mulheres brancas (258.496). Essa tendência é similar nos óbitos maternos, onde o número mais elevado também ocorre entre as mulheres pardas (8.471), seguido por mulheres brancas (5.052). A maior parte dos óbitos em mulheres em idade reprodutiva ocorre na região Sudeste (265.852), com uma distribuição que segue para as demais regiões, com a menor quantidade no Centro-Oeste (50.884). Já entre os óbitos maternos, a região com maior número de casos é a Sudeste (5.756), seguida pela região Nordeste (4.982), enquanto o Centro-Oeste registra a menor quantidade (1.431).

A maior parte dos óbitos entre mulheres em idade reprodutiva ocorre entre aquelas com 8 a 11 anos de escolaridade (207.472), assim como nos óbitos maternos (7.028), seguidas pelo grupo com 4 a 7 anos de escolaridade (3.370). O estado civil solteiro apresenta o maior número de óbitos em mulheres em idade reprodutiva (337.993) e também lidera entre os óbitos maternos (7.507). Mulheres casadas constituem o segundo maior grupo em ambas as categorias. Ao todo, foram registrados 634.674 óbitos entre mulheres em idade reprodutiva, dos quais 16.017 são óbitos maternos. Esses dados sugerem uma distribuição desigual entre as variáveis, com concentrações mais elevadas em grupos específicos, como mulheres pardas e solteiras (tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas de óbitos de mulheres em idade reprodutiva e óbitos maternos no Brasil entre 2015-2023

	Óbitos mulheres em idade reprodutiva	Óbitos maternos
Faixa etária		
10 a 14 anos	15.447	104
15 a 19 anos	31.595	1.606
20 a 29 anos	95.606	6.059
30 a 39 anos	174.170	6.844
40 a 49 anos	317.856	1.382
50 a 59 anos	-	21
Idade ignorada	-	1
Cor da pele		
Branca	258.496	5.052
Preta	62.049	1.816
Amarela	1.969	43
Parda	292.470	8.471
Indígena	3.782	267
Ignorado	15.908	368
Região de residência		
Região Norte	56.213	2.278
Região Nordeste	175.953	4.982
Região Sudeste	265.852	5.756
Região Sul	85.772	1.570
Região Centro-Oeste	50.884	1.431
Escolaridade		
Nenhuma	41.663	303
1 a 3 anos	73.551	1.184
4 a 7 anos	142.070	3.370
8 a 11 anos	207.472	7.028
12 anos e mais	70.700	2.063
Ignorado	99.218	2.069
Solteiro	337.993	7.507
Estado civil		
Casada	160.361	4.638
Viúva	131.23	81
Separada judicialmente	33.655	324
Outro	45.270	2.382
Ignorado	442.72	1.085
Total	634.674	16.017

Fonte: Extraído do Tabulador de Dados do Sistema Único de Saúde (TabNet) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde via Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasil, 2024.

A maior parte dos óbitos entre mulheres em idade reprodutiva são mortes obstétricas indiretas (28.161), enquanto entre os óbitos maternos, prevalecem as mortes obstétricas diretas (9.473). Para mortes maternas obstétricas indiretas, o risco relativo (RR) é de 0,41 com um valor de p de 0,215, indicando que a associação entre essa variável e os óbitos maternos não é estatisticamente significativa. Os óbitos ocorreram principalmente fora da gravidez e do puerpério (392.215), com um RR extremamente baixo (0,0004) e valor de $p < 0,001$, sugerindo uma associação significativa com menor risco de óbito materno nesse período. No entanto, durante o puerpério até 42 dias, observa-se um número considerável de óbitos maternos (9.492), com um RR de 0,04 e $p=0,906$, indicando ausência de significância estatística. A maioria dos óbitos ocorreu em hospitais (446.439), com 14.581 mortes maternas nesse local. Os valores de RR e p sugerem que o risco é levemente aumentado em hospitais, mas sem uma associação estatística forte. Outros locais de ocorrência, como via pública (34.311) e domicílio (90.839), mostraram valores de RR muito baixos (0,0008 e 0,04, respectivamente) com valores de $p < 0,05$, sugerindo menor risco de óbito materno associado a esses locais. A maioria dos óbitos foi investigada e teve uma ficha síntese informada (562.683), dos quais 14.929 foram óbitos maternos. O RR é próximo de 1 (1,02) com um valor de p de 0,0265, indicando que há uma leve associação com a investigação dos óbitos e um risco ligeiramente aumentado de óbito materno (tabela 2).

Tabela 2 – Características de óbitos de mulheres em idade reprodutiva e óbitos maternos segundo causa, período, local e investigação dos óbitos entre 2015-2023

	Óbitos mulheres em idade reprodutiva	Óbitos maternos	IC 95%	RR	Valor de p
Tipo causa obstétrica					
Morte materna obstétrica direta	9.482	9.473	0,0152	0,65	0,999
Morte materna obstétrica indireta	28.161	6.045	0,0098	0,41	0,215
Morte materna obstétrica não especificada	493	494	0,0008	0,03	1,002
Período			-	-	-

Durante a gravidez, parto ou aborto	6.935	4.519	0,0153	0,65	0,651
Durante o puerpério, até 42 dias	10.479	9.492	0,0009	0,04	0,906
Durante o puerpério, de 43 dias a menos de 1 ano	5.919	542	0,0005	0,02	0,092
Não na gravidez ou no puerpério	392.215	290	0,000017	0,0004	0,00074
Período informado inconsistente	6	6	0,0019	0,08	1
Não informado ou ignorado	219.120	1.168	0,0233	0,03	0,0053
Local de ocorrência			-	-	
Hospital	446.439	14.581	0,0010	-	0,0327
Outro estabelecimento de saúde	40.157	505	0,0002	0,03	0,0126
Domicílio	90.839	561	0,0004	0,04	0,0062
Via pública	34.311	117	0,000015	0,0008	0,0034
Outros	22.443	248	0,0239	0,017	0,011
Ignorado	485	5	0,0005	0,0003	0,0103
Investigação do óbito			-	-	-
Óbito investigado, com ficha síntese informada	562.683	14.929	0,0152	1,02	0,0265
Óbito investigado, sem ficha síntese informada	13.152	265	0,0098	0,018	0,0201
Óbito não investigado	58.839	823	0,0008	0,06	0,014

Fonte: Extraído do Tabulador de Dados do Sistema Único de Saúde (TabNet) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde via Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasil, 2024.

A análise inclui diversas complicações, com valores de p que indicam a significância estatística das causas relacionadas, a taxa de mortalidade é mais baixa, com um valor de p de 0,020, diminuindo significância. Entre as mortes associadas a abortos espontâneos, são destacadas subcategorias como aborto incompleto com complicações por infecção do trato genital (19 casos), hemorragia excessiva (10 casos), embolia (4 casos) e outras complicações (14 casos). O RR para essas subcategorias é consistentemente de 1,1, enquanto os valores de p variam, com significância estatística observada para algumas complicações, como embolia (p=0,006). Inclui óbitos relacionados a abortos por razões médicas, com complicações específicas como hemorragia e infecção. Houve 13 casos de aborto completo ou não especificado com hemorragia excessiva e 2 casos de complicação por infecção do trato genital. Os valores de p para esses casos variam, indicando significância estatística em alguns casos (por exemplo, hemorragia com p=0,006).

Engloba 72 casos totais, subdivididos em abortos incompletos e completos, com complicações de infecção (17 casos), hemorragia (3 casos) e embolia (10 casos), além de casos sem complicações. Os valores de p sugerem significância estatística em complicações específicas, como infecção do trato genital (p=0,005), 237 casos, onde complicações comuns são infecção do trato genital (27 casos incompletos e 54 completos ou não especificados), hemorragia excessiva (11 casos incompletos e 9 completos), e embolia (4 casos em ambas as subcategorias).

A maioria dos valores de p indica significância estatística, especialmente em complicações infecciosas, e 48 casos, com várias subcategorias relacionadas a complicações de infecção, embolia e hemorragia. Entre os casos, destacam-se complicações infecciosas no trato genital (18 casos) e hemorragia (5 casos). O valor de p para essas subcategorias indica relevância estatística em muitos dos casos. Esses dados detalham como diferentes tipos de abortos e complicações associadas, como infecções, hemorragias e embolias, influenciam a mortalidade materna. A análise dos valores de p sugere que algumas complicações têm uma associação estatisticamente significativa com o aumento do risco de mortalidade (tabela 3).

Tabela 3 – Óbitos de mulheres em idade reprodutiva e óbitos maternos segundo subcategorias de mortalidade de aborto entre 2015-2023

Subcategorias de mortalidade	Óbitos mulheres em idade reprodutiva	Óbitos maternos	IC 95%	RR	Valor de p
O03 Aborto espontâneo	154	154	1,1	-	0,243
Incompleto complicação infecção trato genital	19	19	1,1	-	0,030
Incompleto complicação hemorragia excessiva	10	10	1,1	-	0,016
Incompleto complicação por embolia	4	4	1,1	-	0,006
Incompleto com outra complicação	14	14	1,1	-	0,022
Incompleto sem complicação	2	2	1,1	-	0,003
Completo ou não especificado complicação infecção trato genital	22	22	1,1	-	0,035

Completo ou não especificado hemorragia excessiva	9	9	1,1	-	0,014
Completo ou não especificado por embolia	4	4	1,1	-	0,006
Completo ou não especificado ou com outra complicação	39	39	1,1	-	0,061
Completo ou não especificado	31	31	1,1	-	0,049
004 Aborto por razões médicas e legais	13	14	0,929±0,14	13	0,020
Incompleto complicação hemorragia excessiva	4	4	1,1	-	0,006
Completo ou não especificado complicação infecção trato genital	2	2	1,1	-	0,003
Completo ou não especificado hemorragia excessiva	2	2	1,1	-	0,003
Completo ou não especificado ou com outra complicação	2	2	1,1	-	0,005
Completo ou não especificado ou sem complicação	3	4	1,1	-	0,114
005 Outros tipos de aborto	72	72	1,1	-	0,027
Incompleto complicação infecção trato genital	17	17	1,1	-	0,005
Incompleto complicação hemorragia excessiva	3	3	1,1	-	0,016
Incompleto complicação por embolia	10	10	1,1	-	0,030
Completo ou não especificado complicação infecção trato genital	19	19	1,1	-	0,002
Completo ou não especificado hemorragia excessiva	1	1	1,1	-	0,028
Completo ou não especificado ou com outra complicação	18	18	1,1	-	0,006
Completo ou não especificado ou sem complicação	4	4	0,75±0,246	3	0,374
006 Aborto não especificado	237	237	1,1	-	0,043
Incompleto complicação infecção trato genital	27	27	1,1	-	0,017
Incompleto complicação hemorragia excessiva	11	11	1,1	-	0,006
Incompleto complicação por embolia	4	4	1,1	-	0,032

Incompleto com outra complicação	20	20	1,1	-	0,005
Incompleto sem complicação	3	3	1,1	-	0,085
Completo ou não especificado complicação infecção trato genital	54	54	1,1	-	0,014
Completo ou não especificado hemorragia excessiva	9	9	1,1	-	0,006
Completo ou não especificado por embolia	4	4	1,1	-	0,079
Completo ou não especificado	50	50	1,1	-	0,087
Completo ou não especificado ou sem complicação	55	55	1,1	-	0,076
O07 Falha de tentativa de aborto	48	48	1,1	-	0,002
Falha aborto por razão médica complicação infecção trato genital	1	1	1,1	-	0,002
Falha aborto por razão médica complicação por embolia	1	1	1,1	-	0,028
Outra forma não especificada aborto completo complicação infecção trato genital	18	18	1,1	-	0,008
Outra forma não especificada falha aborto complicação hemorragia excessiva	5	5	1,1	-	0,003
Outra forma não especificada falha aborto complicação por embolia	2	2	1,1	-	0,028
Outra forma não especificada falha aborto outra complicação	18	18	1,1	-	0,005
Outra forma não especificada falha aborto sem complicação	3	3	1,1	-	0,005

Fonte: Extraído do Tabulador de Dados do Sistema Único de Saúde (TabNet) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde via Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasil, 2024.

5 Discussão

A maior parte dos óbitos maternos ocorreu em mulheres entre 30 e 39 anos. A Região Sudeste apresentou o maior número absoluto de óbitos maternos, seguida de perto pela Região Nordeste. Essas regiões, junto com a faixa etária observada, indicam desigualdades na saúde materna e apontam para a necessidade de intervenções regionais específicas.

Observou-se um aumento de 94,4% na taxa de mortalidade durante a pandemia de COVID-19. Com uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 54,4 por 100 mil nascidos vivos, o estudo destaca a prevalência de óbitos em mulheres brancas, com idade entre 30 e 39 anos e baixo nível educacional. As principais causas foram aborto e hipertensão gestacional com proteinúria (Pamplona *et al.*, 2023). Entre 2014 e 2018, destaca-se o Rio de Janeiro como o estado com maior índice de mortalidade (RMM média de 69,62). A maior parte dos óbitos ocorreu em mulheres pardas, com 8 a 11 anos de escolaridade, solteiras, e as causas principais foram complicações da gravidez e parto. O aumento dos óbitos em 2017 ressalta a necessidade de políticas direcionadas à saúde materna na região (ASSIS *et al.*, 2024).

No Nordeste, a mortalidade materna reduziu 20,07% ao longo do período estudado, mas ainda apresentou uma RMM elevada (71,09 por 100 mil nascidos vivos). Predominantemente, as mulheres afetadas tinham entre 20 e 29 anos, eram pardas, solteiras e com escolaridade de 8 a 11 anos. A análise espacial revelou desigualdades entre os estados, com Maranhão e Piauí mostrando as maiores taxas (Alves *et al.*, 2022).

A mortalidade entre mulheres pardas foi a mais alta, seguida pelas mulheres brancas. Esses dados evidenciam disparidades raciais, que refletem o impacto do racismo estrutural e das desigualdades socioeconômicas na mortalidade materna no Brasil.

Entre 2001 e 2003, foi observado um risco elevado de morte entre mulheres negras em comparação com as mulheres brancas, destacando a influência de desigualdades estruturais e acesso desigual a serviços de saúde. Os principais achados do estudo mostram que as condições de vida, a menor escolaridade e o acesso limitado aos serviços de saúde contribuem para uma maior mortalidade entre as mulheres negras. Além disso, doenças evitáveis, como hipertensão e complicações de gravidez, destacam a necessidade de políticas de saúde pública direcionadas para reduzir essas desigualdades raciais e melhorar o acesso à saúde para grupos mais vulneráveis (Santos; Guimarães & Araújo, 2007).

A mortalidade materna de mulheres negras no Brasil destaca como fatores socioeconômicos e raciais influenciam negativamente a saúde materna dessa população. As

mulheres negras apresentam taxas mais altas de mortalidade materna, frequentemente relacionadas a condições como hipertensão, eclâmpsia e complicações no parto, muitas vezes evitáveis com acesso adequado ao atendimento de saúde (Martins, 2006).

Mulheres negras enfrentam um risco significativamente maior de mortalidade materna, em comparação com mulheres brancas, devido a fatores socioeconômicos, acesso desigual a cuidados de saúde e prevalência de complicações como hipertensão e infecções pós-parto. A pesquisa destaca a necessidade de intervenções políticas que visem melhorar o acesso aos cuidados de saúde para grupos marginalizados e diminuir as disparidades raciais na mortalidade materna (Teixeira; Pereira & Barbosa, 2012). Em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015 investigou-se as disparidades raciais na mortalidade materna, evidenciando que mulheres negras e pardas enfrentam taxas mais elevadas de mortalidade em comparação às mulheres brancas. O estudo aponta fatores como desigualdade de acesso ao atendimento de saúde de qualidade, baixa escolaridade e condições socioeconômicas adversas como principais contribuintes para essa disparidade (Pícoli; Cazola & Lemos, 2017).

Por exemplo, mulheres negras enfrentam desafios significativos ao buscar atendimento pós-aborto no Brasil. As barreiras identificadas incluem discriminação racial e baixa acessibilidade aos serviços de saúde, exacerbadas por desigualdades socioeconômicas e falta de suporte adequado (Goes *et al.*, 2020). Os dados mostram que mulheres negras e pardas têm mais dificuldades para acessar serviços de saúde seguros, o que aumenta o risco de complicações. A pesquisa revela que essas mulheres frequentemente recorrem a métodos menos seguros e enfrentam barreiras significativas, incluindo estigma e discriminação (Diniz *et al.*, 2023).

A maioria das mulheres falecidas tinha entre 8 a 11 anos de escolaridade. Mulheres solteiras foram mais frequentemente afetadas, o que pode indicar uma relação entre suporte familiar e acesso aos serviços de saúde. A relação entre a ocupação das mulheres e as taxas de mortalidade materna, indicando que fatores ocupacionais influenciam o acesso a cuidados médicos e a exposição a riscos de saúde durante a gestação. Mulheres em ocupações informais ou de baixa remuneração têm menor acesso a serviços de saúde de qualidade, o que agrava o risco de complicações maternas (Feitosa-Assis & Santana, 2020).

Os óbitos maternos foram mais associados a causas obstétricas diretas, enquanto uma porção significativa também decorreu de causas indiretas. Isso reforça a importância de um acompanhamento integral no ciclo gravídico-puerperal. Um estudo destaca que grande parte das mortes maternas poderia ser evitada com a detecção precoce de complicações, como

hipertensão e hemorragias, e com o fortalecimento da assistência durante o pré-natal, parto e puerpério (Tintori *et al.*, 2022). A maioria das vítimas são mulheres jovens, com baixa escolaridade e que enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As principais causas de morte materna incluem complicações relacionadas à hipertensão, hemorragias e infecções (Carvalho *et al.*, 2020).

A maior parte das mortes maternas ocorreu em hospitais, mas houve também registros de óbitos em domicílios e outros locais. A maioria dos óbitos foi investigada, porém há um número significativo sem ficha completa, indicando uma necessidade de melhorias no sistema de vigilância de óbitos.

A importância da vigilância dos óbitos como uma ferramenta para avaliar e aprimorar a qualidade da atenção à saúde direcionada a mulheres e crianças. O estudo enfatiza que a análise sistemática dos dados sobre mortes maternas e infantis pode revelar lacunas nos serviços de saúde, permitindo a identificação de fatores de risco e a formulação de estratégias eficazes de intervenção. A análise sistemática dos dados sobre mortes maternas e infantis pode revelar lacunas nos serviços de saúde, permitindo a identificação de fatores de risco e a formulação de estratégias eficazes de intervenção (Melo *et al.*, 2017). Os resultados indicam que a qualidade da investigação epidemiológica é frequentemente comprometida por problemas como subnotificação, falta de padronização nos registros e limitações na formação dos profissionais responsáveis (Heráclio *et al.*, 2018).

Diversos óbitos foram associados a complicações decorrentes de abortos espontâneos, por razões médicas ou inseguros, especialmente por infecção e hemorragia. Esses dados ressaltam a importância do acesso a cuidados de saúde seguros e assistência qualificada. As complexidades e obstáculos enfrentados na investigação sobre o aborto no Brasil, onde a prática é ilegal em diversas circunstâncias. Discute-se como a criminalização do aborto afeta não apenas a saúde das mulheres, mas também a produção de conhecimento sobre o tema. Devido à ilegalidade, muitos dados sobre abortos inseguros e suas consequências são difíceis de coletar, o que limita a capacidade de realizar pesquisas abrangentes. Essa lacuna de informação compromete a formulação de políticas de saúde pública eficazes e a promoção de estratégias de prevenção (Menezes *et al.*, 2020).

Apesar da criminalização do aborto em muitas situações, os dados indicam uma alta incidência de abortos, frequentemente realizados de forma insegura. A subnotificação e as dificuldades na coleta de dados precisos, que prejudicam a análise do tema e a elaboração de políticas públicas efetivas (Cardoso *et al.*, 2020). Examinam se as consequências de abortos e

a qualidade da assistência prestada às mulheres em maternidades públicas que fazem parte do Programa Nacional Rede Cegonha no Brasil, a importância da integração dos serviços de saúde e da capacitação dos profissionais para garantir um atendimento de qualidade (Adesse *et al.*, 2015).

Não obstante, as principais causas das mortes maternas por aborto entre adolescentes incluem a falta de acesso a serviços de saúde adequados, a desinformação sobre saúde reprodutiva e a criminalização do aborto, que limita as opções disponíveis para as jovens. Além disso, as normas sociais e culturais que cercam a sexualidade e a reprodução das adolescentes contribuem para a ocorrência desses eventos trágicos (Nunes; Madeiro & Diniz, 2019).

A utilização de dados secundários limita o controle sobre a qualidade e a completude dos dados, o que pode impactar a precisão dos resultados. Informações incompletas ou inconsistentes foram excluídas, o que pode ter levado à subestimação de alguns óbitos. A subnotificação de óbitos relacionados ao aborto inseguro e as possíveis falhas no preenchimento das causas de morte dificultam a obtenção de uma visão completa e precisa da mortalidade materna associada a abortos. Sendo um estudo transversal, ele não permite identificar causalidade entre as variáveis e a mortalidade materna, apenas associações. Embora o estudo forneça uma visão nacional, ele não permite análises detalhadas de sub-regiões ou de variáveis contextuais locais, como acesso a serviços de saúde e políticas regionais, que poderiam enriquecer a compreensão das disparidades identificadas.

Este estudo contribui para a criação de uma base de evidências que apoia o desenvolvimento de políticas públicas focadas em reduzir a mortalidade materna, especialmente aquelas associadas a abortos inseguros. A pesquisa destaca desigualdades regionais, raciais e de escolaridade, identificando grupos específicos (mulheres pardas, solteiras e de baixa escolaridade) que demandam maior atenção em intervenções de saúde reprodutiva. A análise das regiões permite identificar áreas geográficas com taxas elevadas de mortalidade materna, como o Sudeste e o Nordeste, indicando a necessidade de ações direcionadas a contextos regionais específicos. Ao analisar a mortalidade relacionada a abortos, o estudo contribui para o debate sobre a necessidade de garantir o direito ao acesso a serviços de saúde reprodutiva seguros e de qualidade, reforçando a importância de políticas que promovam a saúde e a autonomia das mulheres. A publicação e divulgação desses achados podem contribuir para a conscientização da sociedade e dos profissionais de saúde sobre a importância de um atendimento qualificado, especialmente no ciclo gravídico puerperal, para prevenir mortes evitáveis.

6 Conclusão

Este estudo revelou importantes desigualdades na mortalidade de mulheres em idade reprodutiva e em óbitos maternos relacionados a abortos no Brasil entre 2015 e 2023. Observou-se que mulheres pardas, solteiras e com menor escolaridade apresentam maior vulnerabilidade, com maior número de óbitos concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste. As mortes maternas relacionadas a complicações de aborto destacam a importância de garantir acesso seguro e equitativo aos serviços de saúde reprodutiva.

Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde específicas de grupos vulneráveis, especialmente em contextos regionais. O estudo sugere que intervenções focadas na ampliação do acesso a cuidados de saúde de qualidade, associadas a políticas de educação e conscientização, podem contribuir para a redução da mortalidade materna. Esses dados oferecem uma base para futuros estudos e para o fortalecimento de políticas que promovam a equidade e a saúde reprodutiva no Brasil.

Referências

- ACADEMIA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS. A Violação dos Direitos Humanos e a Revitalização das Mulheres no PL 1904/2024. **Academia Brasileira de Ciências**, 18 de junho de 2024. <https://www.abc.org.br/2024/06/18/a-violacao-dos-direitos-humanos-e-a-revitimizacao-das-mulheres-no-pl-1904-2024/>
- ADESSE, L.; SILVA, K. S. da; BONAN, C.; FONSECA, V. M. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 694–706, jul. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>
- ALVES, L. B. et al. Analysis of Maternal Mortality in Northeast Brazil between 2010 and 2019. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e01111132427, 13 ago. 2022. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.32427>
- ASSIS, F. H. dos S. et al. Epidemiologia da morte materna no Sudeste do Brasil. **POBS**, v. 13, n. 47, p. 1-10, 17 jul. 2024. <https://doi.org/10.25242/8868134720232666>.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S465–S469, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>
- BARROS, A. T. de; BUSANELLO, E. Machismo discursivo: modos de interdição da voz das mulheres no parlamento brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. e53771, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n253771>

- BERER, M. Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. **Health and Human Rights Journal**, v. 19, n. 1, p. 13–27, 2017
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. dos S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00188718, 2020. <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>
- CARVALHO, P. I. de et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, p. e2019185, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100005>.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde. **Conselho Federal de Enfermagem**, 2018. <https://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude/>
- DINIZ, D. et al. Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 11, p. 3085–3092, nov. 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.14062023>
- FEITOSA-ASSIS, A. I.; SANTANA, V. S. Ocupação e mortalidade materna no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 64, 2020. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001736>.
- GANATRA, B.; GERDTS, C.; ROSSIER, C.; JOHNSON, B. R. Jr.; TUNCALP, O.; ASSIFI, A.; et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n. 10110, p. 2372–81, 2017
- GOES, E. F. et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00189618, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>
- GRIMES, D. A.; BENSON, J.; SINGH, S.; ROMERO, M.; GANATRA, B.; OKONOFUA, F. E.; et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **The Lancet**, v. 368, n. 9550, p. 1908–19, 2006.
- HERÁCLIO, I. L. et al. Epidemiological investigation of perinatal deaths in Recife-Pernambuco: a quality assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2519-2526, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0916>
- LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate** [Internet], v. 38, n. 101, p. 244–53, abr. 2014. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>
- MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, nov. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>
- MELLO, D. M.; SOUZA, J. D. da S. A devastação no masculino e a violência contra o feminino nas mulheres. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [Internet], v. 24, n. 4, p. 749–75, out. 2021. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n4p749.13>
- MELO, C. M. de et al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3457–3465, out. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017>

MENEZES, G. M. S. et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. Suppl 1, p. e00197918, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>

NETTO, L. de A.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRRELL, M. A. R.; BRAVO, M. del M. P. Violence against women and its consequences. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet], v. 27, n. 5, p. 458–64, set. 2014. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>

NUNES, M. das D. S.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 1132–1144, out. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912312>

PAMPLONA, M. A. et al. Perfil da mortalidade materna no sudeste brasileiro. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 3, p. 9439-9448, 12 maio 2023. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-083>

PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. de O.; LEMOS, E. F. Maternal mortality according to race/skin color in Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2010 to 2015. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. 4, p. 729–737, out. 2017. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>

SANTOS, S. M. dos; GUIMARÃES, M. J. B.; ARAÚJO, T. V. B. de. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 87–102, maio 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200009>

SEDGH, G.; BEARAK, J.; SINGH, S.; BANKOLE, A.; POPINCHALK, A.; GANATRA, B.; et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, v. 388, n. 10041, p. 258–67, 2016.

SHAH, I. H.; ÅHMAN, E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 31, n. 12, p. 1149–58, 2009.

SILVA, S. G. da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet], v. 30, n. 3, p. 556–71, set. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300009>

TEIXEIRA, J. M. da S.; PAIVA, S. P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis* [Internet], v. 31, n. 2, p. e310214, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>

TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 12, n. 1, p. 27–35, jan. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000100003>

TINTORI, J. A. et al. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. eAPE00251, 2022. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>.

TORRÃO FILHO, A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu* [Internet], n. 24, p. 127–52, jan. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100007>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mortality declined by 34 per cent between 2000 and 2020. Geneva, 2023. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>