

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Natalia Dantas de Souza

**Letalidade hospitalar por aborto legal em comparação a outros procedimentos
obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2000-2015**

Belo Horizonte
2026

Natalia Dantas de Souza

**Letalidade hospitalar por aborto legal em comparação a outros procedimentos
obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2000-2015**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Área de Concentração em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Flávia Bulegon Pilecco

Co-orientadora: Mariangela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte
2026

So729I Souza, Natalia Dantas de.
Letalidade hospitalar por aborto legal em comparação a outros procedimentos obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2000-2015 [recurso eletrônico]. / Natalia Dantas de Souza. -- Belo Horizonte: 2026.

75f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Flávia Bulegon Pilecco.

Coorientador (a): Mariangela Leal Cherchiglia.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Mortalidade Materna. 2. Sistemas de Informação em Saúde. 3. Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos. 4. Aborto Legal. 5. Saúde Reprodutiva. 6. Dissertação Acadêmica. I. Pilecco, Flávia Bulegon. II. Cherchiglia, Mariangela Leal. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 270



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO

NATALIA DANTAS DE SOUZA

Às 14:00 horas do dia nove de fevereiro de 2026, na sala 526, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **NATALIA DANTAS DE SOUZA**, registro 2023700390, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **SAÚDE PÚBLICA**. A presidência da sessão coube a Professora Flávia Bulegon Pilecco- Orientadora (UFMG). Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída pelos professores doutores: Mariangela Leal Cherchiglia- Coorientadora (UFMG), Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar (UFMG), Jefferson Drezzet Ferreira (USP). Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua Dissertação de Mestrado, intitulada "**Letalidade hospitalar por aborto legal em comparação a outros procedimentos obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2000-2015**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar APROVADA a Dissertação de Mestrado. O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, e aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 09 de fevereiro de 2026

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Flavia Bulegon Pilecco, Professora do Magistério Superior**, em 10/02/2026, às 09:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Usuária Externa**, em 10/02/2026, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariangela Leal Cherchiglia, Professora do Magistério Superior**, em 12/02/2026, às 18:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Jefferson Drezett Ferreira, Usuário Externo**, em



24/02/2026, às 17:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4945629** e o código CRC **9B891478**.

Referência: Processo nº 23072.207825/2026-52

SEI nº 4945629

Às mulheres vitimadas pela violência, e às gestantes fatalmente vitimadas pela crise sanitária da COVID-19, pela inspiração e memória.

AGRADECIMENTO

Aos meus pais, pela rede de apoio essencial que me permitiu conciliar a maternidade com as demandas da vida profissional e acadêmica;

Aos colegas de trabalho, pelo suporte constante na conciliação entre a rotina de estudos e a assistência;

Ao povo brasileiro, por financiar a educação pública e possibilitar a realização de mais uma etapa de minha formação na Faculdade de Medicina da UFMG, instituição que muito prezo;

À Prof^a Sara Paiva, pelo incentivo decisivo para meu ingresso na pós-graduação e por despertar meu interesse pelo estudo da violência contra a mulher;

À minha orientadora, Prof^a Flávia Bulegon Pilecco, e à coorientadora, Prof^a Mariângela Leal Cherchiglia, pela condução segura, disponibilidade e paciência ao longo destes semestres;

Aos colegas da pós-graduação, em especial aos integrantes do grupo de pesquisa Tem Base. Agradeço ao Prof. Hugo Rocha e a Johan Alejandro pelo apoio técnico e pelas discussões enriquecedoras, e à Maura pelas valiosas contribuições nas análises estatísticas.

“Mas ela sempre faz mais que você!

(...)

Por isso é que o filho é mais dela

Você traz a comida

Mas a panela é dela!”

(Pato Fu – O Filho Predileto do Rajneesh)

RESUMO

A redução da mortalidade materna é uma prioridade global em saúde sexual e reprodutiva, por estar associada à proteção da vida e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Estudos estadunidenses, adotados como referência pela Organização Mundial da Saúde, mostram que, em contextos legais e seguros, o aborto apresenta letalidade extremamente baixa. Entre 1988 e 2005, a letalidade do parto naquele país foi mais de 14 vezes maior do que a do *aborto legal*. No Brasil, porém, o *aborto legal* é restrito (permitido apenas em risco de morte, violência sexual e anencefalia), ofertado em poucos serviços e, frequentemente, realizado com técnica obsoleta de curetagem, o que pode reduzir sua segurança. Neste cenário nacional, não há estimativas da letalidade associada ao procedimento. Diante dessa lacuna, o estudo comparou a letalidade relacionada ao desfecho da gestação - *aborto legal*, aborto em outros contextos e parto - por meio de uma coorte retrospectiva, com dados individualizados da Base Nacional de Saúde. Foram analisadas mulheres em idade fértil internadas no Sistema Único de Saúde entre 2000 e 2015 com diagnóstico de parto ou aborto. As letalidades foram calculadas como óbitos maternos por 100 mil internações por grupos e quadriênios. Diferenças entre os três grupos obstétricos quanto as proporções de óbitos, foram avaliadas pelo teste qui-quadrado e quanto a distribuição dos óbitos por causas (diretas e indiretas), pelo teste exato de Fisher. Para os óbitos maternos pós-*aborto legal*, foram descritas as trajetórias assistenciais. Na coorte de 19.285.704 mulheres, as letalidades diferiram entre os grupos: 46,4/100.000 por *aborto legal*, 17,3 por outros abortos e 16,6 por partos ($p < 0,001$). A letalidade por *aborto legal* foi maior do que a dos demais grupos em todos os quadriênios. A distribuição das causas também diferiu (diretas: 90,0% pós-*aborto legal*, 86,2% pós outros abortos e 78,1% pós-parto, $p < 0,001$). Entre os 10 óbitos maternos pós-*aborto legal*, 8 ocorreram em contextos de alto risco ou com complicação prévia. A curetagem precedeu o óbito em 8 mulheres. Em 7 registros, houve inconsistências diagnósticas (mistura de causas infecciosas e hemorrágicas) ou indícios de falha assistencial associada a acesso tardio ao procedimento. Esses achados mostram que, na coorte analisada, apesar de ser um direito, o *aborto legal* apresentou maior letalidade do que o aborto e o parto. Isso não indica que o procedimento seja inerentemente perigoso, mas refletem problemas no contexto de sua execução no Brasil. Barreiras de acesso e o uso de técnicas obsoletas contribuem para procedimentos realizados mais tardiamente e com maior risco, evidenciando a urgente necessidade de qualificar o cuidado e garantir o uso de técnicas seguras e

recomendadas, como o uso de AMIU e misoprostol associado ou não com mifepristona, ao invés de curetagem. O estudo reforça a importância de assegurar o *aborto legal* em condições seguras, oportunas e de alta qualidade no SUS.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Sistemas de Informação em Saúde; Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos; Aborto legal; Saúde Reprodutiva

ABSTRACT

Global initiatives to reduce maternal mortality seek to advance the protection of women's lives, the realization of sexual and reproductive rights, and the assurance of bodily autonomy. Evidence from U. S. studies, supported by consensus from the World Health Organization (WHO), confirms that legal abortion, when performed in safe environments, is extremely safe. The case-fatality rate (CFR) for childbirth was over 14 times higher than that for legal abortion (8.8 deaths per 100,000 live births versus 0.6 per 100,000 legal abortions) in the United States (1988–2005). However, there is a restrictive legal framework (permitted only in cases of life-threatening risk, sexual violence, or anencephaly), limited reliable data, and services that often use outdated techniques such as curettage, provided in a small number of facilities in Brazil. The gap between this restrictive Brazilian context and the global health literature motivated this study, which aimed to compare CFRs associated with three different gestational outcomes: Legal induced abortion, abortions under other circumstances, and childbirth. This retrospective cohort study used individualized data from the Brazilian National Health Database (BNS), covering women of reproductive age hospitalized within the Brazilian Unified Health System (SUS) from 2000 to 2015. To calculate the CFRs, the calculation divided maternal deaths by hospitalizations in each group and quadrennial, multiplying the result by 100,000. A Chi-square test of independence assessed whether the proportions of deaths differed among the three obstetric groups. Fisher's exact test assessed differences in the distribution of deaths by cause (direct and indirect) across the groups. For cases with a maternal death outcome following legal abortion, the life trajectories of the women who died were described. In the cohort, which included 19,285,704 women, CFRs differed significantly among the groups (46.4/100,000 for legal abortion, 17.3 for other abortions, and 16.6 for childbirths, $p < 0.001$). The CFR for legal abortion remained higher than in the other groups across all analyzed quadrennials. The distribution of direct and indirect maternal deaths differed among the groups (direct causes accounted for 90.0% post-legal abortion, 86.2% post-other abortions, and 78.1% postpartum, $p < 0.001$). The descriptive analysis of the 10 maternal deaths following legal abortion showed that eight occurred in high-risk contexts or in the presence of a prior complication. Curettage preceded death in eight women. In seven records, there were diagnostic inconsistencies (a mix of infectious and hemorrhagic causes) or indications of care failures associated with delayed access to the procedure. These findings reveal that in this group, legal abortion—despite being

a right—had a paradoxically higher CFR than other abortions and childbirth. This does not mean the procedure is inherently unsafe but indicates serious flaws in implementation to it in the Brazilian health system. Barriers to access and the use of outdated techniques lead to delayed, higher- risk procedures. This underscores the urgent need to improve medical care and provide access to safe, WHO- recommended methods, such as Manual Vacuum Aspiration (MVA) and/or medical abortion regimens (mifepristone/misoprostol), replacing D&C (which remains the most common, yet non- indicated, technique). Our findings emphasize the importance of protecting women's health by guaranteeing that the right to legal abortion in safe, timely, and high- quality conditions.

Keywords: Maternal Mortality; Health Information Systems; Obstetric Surgical Procedures; Legal Abortion; Reproductive Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA. BRASIL, 2012 A 2023. META DOS ODM (ATÉ 2015) E META DOS ODS (A PARTIR DE 2015)	14
FIGURA 2. EVOLUÇÃO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR ABORTO ENTRE MULHERES DE 10-54 ANOS. BRASIL, 1990-2021	26
FIGURA 3. LETALIDADE E NÚMERO DE ÓBITOS EM ABORTOS LEGAIS POR TEMPO DE GESTAÇÃO. ESTADOS UNIDOS, 1998-2010	29
FIGURA 4. RANKING DAS RAZÕES DE MORTALIDADE MATERNA POR CAUSAS ESPECÍFICAS ENTRE DIFERENTES REGIÕES, 2021.	31
FIGURA 5. RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA ESPECÍFICA POR ABORTO A CADA 100.000 MIL NASCIDOS VIVOS, POR FAIXA ETÁRIA. BRASIL, 2021	32
FIGURA 6. SELEÇÃO DA POPULAÇÃO	38
(ARTIGO):	
FIGURA 1. LETALIDADE MATERNA HOSPITALAR (ÓBITOS MATERNOS/100.000 INTERNAÇÕES), SEGUNDO PERÍODO E GRUPO OBSTÉTRICO. BRASIL, 2000-2015 (N= 25.895.330)	54
TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DE MULHERES INTERNADAS POR ABORTO LEGAL, OUTROS TIPOS DE ABORTO E PARTO. BRASIL, 2000–2015 (N=25.895.330).....	56
QUADRO 1. TRAJETÓRIAS CLÍNICAS DAS MULHERES COM DESFECHO DE ÓBITO MATERNO PÓS ABORTO LEGAL. BRASIL, 2000-2015 (N=10)	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AMIU – Aspiração Manual Intrauterina

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BO – Boletim de Ocorrência

BNS – Base Nacional de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COVID – Doença por Coronavírus 2019

CPB – Código Penal Brasileiro

D&C – Dilatação e Curetagem

D&E – Técnica de Dilatação e Evacuação

DSR – Direitos Sexuais e Reprodutivos

IAF – Indução de Assistolia Fetal

ICPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IML – Instituto Médico Legal

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO - World Health Organization)

ONU – Organização das Nações Unidas

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SRIGCPL – Serviços de Referência para Interrupção da Gestação nos Casos Previstos em Lei

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Estagnação da Mortalidade Materna no Brasil e o Imperativo das Causas Evitáveis..	14
2.2	História do aborto legal no Brasil.....	15
2.2.1	Base legal e permissivos para aborto voluntário no Brasil.....	21
2.2.2	Oferta e funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil	23
2.2.3	Tecnologias utilizadas em contexto de Aborto Legal no Brasil.....	24
2.3	Cenário epidemiológico e letalidade do aborto legal	27
2.4	Situações de Abortamento e Morbimortalidade Materna.....	30
3	JUSTIFICATIVA.....	34
4	OBJETIVOS.....	36
4.1	Objetivo geral	36
4.2	Objetivos específicos.....	36
5	MÉTODOS.....	37
5.1	Desenho do estudo.....	37
5.2	Período da Coorte	37
5.3	População do estudo	38
5.4	Variáveis.....	39
5.5	Análise de dados	40
5.6	Considerações éticas.....	41
6	ARTIGO ORIGINAL.....	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”
(Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 2º).

1 INTRODUÇÃO

A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são dimensões essenciais da saúde pública e dos direitos humanos. Essa centralidade está amparada por marcos políticos supranacionais aos quais o Brasil aderiu. A agenda global foi progressivamente consolidada em eventos como a Conferência Internacional de Direitos Humanos de Viena (1993), que reconheceu os direitos das mulheres como parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos (1); e pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) (2) e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) (3), que reconheceram os direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos das mulheres. Esse compromisso foi reafirmado na Agenda 2030, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, especificamente na meta 5.6, que propõe assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, e na meta 3.1, que visa reduzir a mortalidade materna (4). Nesse marco político global, a redução da mortalidade materna figura como um dos principais compromissos internacionais, dada sua relação direta com a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres (1–9).

O aborto figura entre as principais causas de morte materna evitáveis. Globalmente, ocupa a sexta posição (10,11); no Brasil, consolidou-se como a quinta maior causa em termos quantitativos entre os anos de 2022 e 2024 (12). Em resposta a esse cenário, organizações internacionais têm enfatizado a importância de políticas que assegurem cuidados adequados em todas as situações de abortamento, incluindo induções voluntárias, perdas gestacionais espontâneas e cuidados pós-aborto (11,13–15).

Em 2021, estima-se que houve 13 abortos para cada 1.000 mulheres em idade fértil no Brasil (10). Essa estimativa considera tanto a interrupção voluntária da gestação, em qualquer idade gestacional, quanto perdas gestacionais até 24 semanas que tenham requerido assistência hospitalar (método do *Global Burden Disease* - GBD) (10). Segundo o *Alan Guttmacher Institute* (AGI), a taxa de aborto induzido no Brasil entre 2015 e 2019 seria de 32 por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos. O método do AGI aplica fatores de correção para contabilizar abortos que não resultaram em hospitalizações e para excluir interações decorrentes de perdas gestacionais espontâneas (16–18). Neste estudo, optamos por utilizar como referência as estimativas do GBD, por sua maior compatibilidade com os dados hospitalares disponíveis nos Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde (SUS).

No mesmo ano de 2021, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil foi estimada em 60 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, enquanto a RMM específica por aborto foi de 2 óbitos por 100.000 nascidos vivos (10). Embora a RMM seja definida como o número de mortes maternas por nascidos vivos, esse indicador pode ser utilizado como aproximação da taxa de mortalidade materna em estudos populacionais. A taxa de mortalidade materna, a rigor, deveria ser calculada a partir do número total de gestantes; no entanto, não há registro oficial desse evento em saúde. Dado que os nascidos vivos (dado mais factível de ser encontrado, já que o registro de recém-nascidos é obrigatório) representam uma aproximação do número de partos — e, por consequência, do número de gestações —, a RMM pode ser considerada, com cautela, uma aproximação da taxa de mortalidade materna em análises (19).

No Brasil, a legislação permite o aborto apenas em casos de risco à vida da gestante, de anencefalia fetal ou de gravidez resultante de violência sexual (20,21). Entretanto, o acesso efetivo a esse direito é limitado (22,23). A escassez de serviços que realizam *aborto legal* e o estigma em torno do aborto induzido são fatores que fazem parte do contexto que afasta as mulheres do aborto seguro (24). Mesmo quando as mulheres são atendidas, são utilizadas práticas desatualizadas, como o predomínio da curetagem uterina, em detrimento de métodos recomendados internacionalmente, como o aborto medicamentoso ou o esvaziamento uterino a vácuo. (13,25).

A literatura internacional tem destacado a menor letalidade dos procedimentos de *aborto legal* em relação a outros eventos obstétricos, como o parto, quando realizados em condições adequadas (26). Contudo, há escassez de estudos nacionais que comparem esses.

Este estudo busca analisar a letalidade do *aborto legal* no Brasil, comparando-a à de outros abortos e partos ocorridos entre 2000 e 2015. Utiliza-se, para isso, a Base Nacional de Saúde (BNS), que integra os registros dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (27). Além disso, os óbitos por *aborto legal* serão descritos em detalhes. A partir dessa análise, pretende-se contribuir com evidências para o aprimoramento da atenção obstétrica no sistema de saúde.

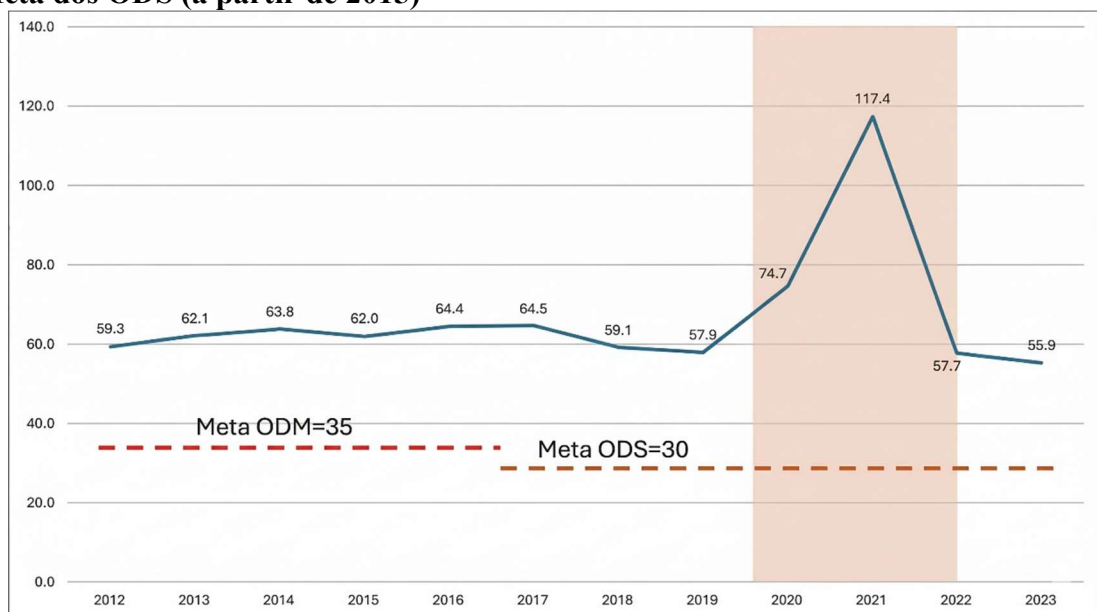
2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estagnação da Mortalidade Materna no Brasil e o Imperativo das Causas Evitáveis

O compromisso do Brasil com a Meta ODS 3.1 visa reduzir a RMM para um patamar de aproximadamente 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até 2030. Dada a natureza majoritariamente evitável das mortes maternas, essa meta é factível (7,28–30). Globalmente, os dados sugerem associação entre as condições socioeconômicas e a mortalidade materna: 42% de todas as mortes maternas (2020) ocorreram em países de baixa renda e baixo desenvolvimento humano, embora apenas 13% da população mundial vivesse nessas regiões (30). No entanto, há experiências em países do Sul Global que demonstram que políticas públicas efetivas podem gerar resultados expressivos, mesmo com recursos econômicos limitados. Na Costa Rica, a cobertura universal oferecida pela *Caja Costarricense de Seguro Social* está associada a uma RMM de apenas 22 mortes por 100 mil nascidos vivos. (10,31,32) – valor significativamente inferior às 82 mortes por 100.000 nascidos vivos na América Latina e no Caribe em 2021 (10).

No Brasil, a RMM permaneceu estagnada em torno de 60 mortes por 100 mil nascidos vivos desde o início dos anos 2000 (Figura 1) (10,29,33). Essa estagnação indica que as estratégias atuais são insuficientes e precisam ser ampliadas.

Figura 1. Razão de Mortalidade Materna. Brasil, 2012 a 2023. Meta dos ODM (até 2015) e Meta dos ODS (a partir de 2015)



Fonte: NT 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS

A análise das tendências de mortalidade materna depende da qualidade dos dados disponíveis. No Brasil, embora o registro de óbitos tenha apresentado limitações históricas de cobertura e consistência (34,35), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) passou por importantes aprimoramentos desde a década de 1990, incluindo o fortalecimento da vigilância do óbito materno com a criação e consolidação dos Comitês de Morte Materna, com fluxos e prazos padronizados para a investigação dos óbitos maternos (31,36,37). A qualidade da cobertura é monitorada pelo Ministério da Saúde por meio da Taxa Geral de Mortalidade (TGM), conforme o método de AbouZahr et al. (2010) (38), que define limiares de TGM para identificar municípios com cobertura inadequada (inferior a 4,4 óbitos/1.000 habitantes, se município com <50.000 habitantes ou inferior a 5,3/1.000, se município com 50.000 ou mais habitantes). Entre 2017 e 2019, menos de 1,3% dos municípios brasileiros apresentaram cobertura inadequada segundo esse critério (39), permitindo análises mais consistentes da mortalidade materna no país. Ressalta-se, contudo, que limitações relacionadas a subregistro e subnotificação também são observadas em países de alta renda e desenvolvimento social (39).

A urgência de reverter a estagnação da RMM impõe a necessidade de investir em causas majoritariamente evitáveis, entre as quais se destaca a morbimortalidade associada a abortos. A OMS considera a eliminação do aborto inseguro uma prioridade global para reduzir as mortes maternas. Portanto, a segurança do aborto induzido emerge como um pilar essencial para que o Brasil alcance sua meta do ODS e proteja a vida das mulheres.

2.2 História do aborto legal no Brasil.

A autonomia sobre seus próprios corpos está incluída nos direitos sexuais e reprodutivos, sendo inerente e inalienável aos direitos humanos fundamentais das mulheres (1–3). Isso inclui a mulher o direito de decidir manter ou interromper o processo fisiológico de gestação que ocorra dentro de seu corpo. No entanto, a efetivação plena desse direito, como historicamente observado em outros direitos humanos de minorias, enfrenta uma trajetória longa e complexa no campo jurídico.

A história do que se convencionou chamar de *aborto legal*¹ no Brasil é reflexo de um processo complexo, marcado por avanços graduais sob constante tensão política, jurídica e social. Desde 1940, o aborto voluntário é lícito nos casos de risco de vida para a gestante e de gravidez resultante de estupro. Contudo, a implementação e efetivação desses permissivos legais no sistema de saúde têm sido notoriamente lentas. Essa morosidade aponta para a grande distância entre a previsão legal e o acesso real ao serviço. Para fins de simplificação e alinhamento com a terminologia já consagrada no debate público, o termo *aborto legal* será usado neste documento em substituição à nomenclatura mais precisa de abortamento ou interrupção gestacional lícita, permitida ou prevista em lei.

Até o final dos anos 1970, a saúde materna permanecia à margem das agendas políticas e científicas. Esse cenário começou a se transformar na década de 1980, impulsionado por profundas mudanças estruturais: crescimento da escolarização feminina, urbanização acelerada, transformação dos papéis de gênero — com maior inserção das mulheres no mercado de trabalho — e redução das taxas de fecundidade (35). Essas transformações sociais abriram caminho para o fortalecimento do debate público sobre os direitos reprodutivos e a necessidade de garantir o acesso ao *aborto legal* em condições seguras. Neste contexto foi lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, a primeira política a romper com a visão restrita de "saúde materno-infantil". Influenciado pelo movimento feminista, ele passou a enxergar a mulher de forma integral (42).

O primeiro serviço público de *aborto legal* foi implantado apenas em 1989, na cidade de São Paulo, no Hospital Municipal Doutor Artur Ribeiro de Saboya – Hospital do Jabaquara (43). A criação do serviço representou um marco institucional importante, ainda que limitado, pois exigia a apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) e de laudo do Instituto de Medicina Legal (IML) para a realização do procedimento (25,44,45). Antes disso, as interrupções legais

¹ O abortamento ou interrupção gestacional lícita, permitida ou prevista em lei não se reduz a um ato típico cuja ilicitude é afastada pelo estado de necessidade — em razão da proteção da vida e da dignidade da gestante — ou pelo exercício regular de direito (20). Trata-se de procedimento legal, regulado e regulamentado por leis federais, notas técnicas do Ministério da Saúde e normativas do Conselho Federal de Medicina (40,41).

eram realizadas de forma excepcional em um único serviço, na Universidade Estadual de Campinas (46).

A consolidação de diretrizes nacionais só teve início em 1999, com a publicação da primeira Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual”, atualizada posteriormente em 2005 e 2011 (47–49). Ela padronizou o atendimento e dispensou a obrigatoriedade de BO ou laudo do IML, bastando a manifestação escrita da vítima sobre o estupro, a decisão de interrupção da gravidez e seu consentimento para o procedimento (25,47–51). A década de 2000 marcou, portanto, um período de institucionalização normativa, passando a respaldar os profissionais que atuavam nesse campo com um arcabouço normativo mais robusto. Foi quando foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004. O PNAISM atualizou e fortaleceu os princípios do PAISM, consolidando os direitos sexuais e reprodutivos como parte da política de saúde (52,53). Em 2005, o Ministério da Saúde publicou os documentos “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual” e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, ambos atualizados em 2011 (50,51,54,55). Foi regulamentado o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei, estruturado em quatro fases que reforçaram a legitimidade dos serviços de *aborto legal* no país, a saber: (1) o Relato Circunstanciado da mulher diante de dois profissionais de saúde; (2) a emissão de Parecer Técnico do médico sobre a compatibilidade do tempo da gravidez com a alegação de violência, além da assinatura do Termo de Aprovação por três integrantes da equipe interdisciplinar; (3) a assinatura do Termo de Responsabilidade pela gestante; e (4) a formalização do Consentimento Livre e Esclarecido para a realização do procedimento (56).

O campo jurídico também passou por importantes mudanças. Em 2009, o Código Penal substituiu o antiquado termo “crimes contra os costumes” por “crimes contra a dignidade sexual” (57), ampliando a interpretação dos casos de estupro e violência sexual. Por consequência, a jurisprudência passou a considerar que, como a pena de qualquer crime contra a dignidade sexual é agravada quando o crime resulta em gravidez, por analogia, isso implica que todas as gestações decorrentes de crimes contra a dignidade sexual são passíveis de abortamento legal (55).

Em 2012, um novo marco foi estabelecido com o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF 54) pelo Supremo Tribunal Federal

(STF), que autorizou a interrupção da gravidez em casos de anencefalia, com base no entendimento de que, como não há viabilidade de vida extrauterina, isso afasta a tutela à vida do Estado, e não configura crime (21).

Em 2014, foi instituída a classificação dos Serviços de Referência para Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei e foi definida a composição das equipes de referência (médico clínico ou de especialidade cirúrgica, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico) (58). O financiamento dos serviços ocorre por meio dos procedimentos registrados nos Sistemas de Informações do SUS, vinculados ao componente de Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) (59), sem mecanismo específico para *aborto legal*. Entre eles estão o Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, a Curetagem pós aborto, e o Esvaziamento uterino por vácuo. Há possibilidade de complementação estadual do financiamento— como em Minas Gerais, via Valora Minas (41,60,61). A criação de procedimento específico para *aborto legal* com financiamento diferenciado, proposta em 2014, foi rapidamente revogada, refletindo a instabilidade política que marca sua regulamentação (58,62,63).

A partir da década de 2010, o cenário político brasileiro foi marcado por um acirramento no embate entre avanços normativos e pressões conservadoras no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Um marco do movimento conservador surgiu em 2007, com a proposição do Estatuto do Nascituro, que visava conferir personalidade jurídica a embriões e fetos, ameaçando os permissivos legais de aborto vigentes desde 1940 (20,64). Nos anos seguintes, essa tendência aumentou, especialmente no Poder Legislativo, com o fortalecimento de bancadas religiosas e a proliferação de pautas antiaborto. Como principal força de resistência a essas investidas, os movimentos feministas têm historicamente protagonizado a defesa da saúde sexual e reprodutiva no país, resistindo às investidas conservadoras e lutando pela garantia dos direitos estabelecidos.

Embora avanços importantes tenham ocorrido, a pauta do aborto segue sofrendo omissões, inclusive em governos progressistas que evitam o tema para não confrontar a bancada religiosa. A Rede Cegonha, criada no governo da primeira presidenta do país, já havia se afastado da abordagem integral de direitos sexuais e reprodutivos proposta pela PNAISM (52,53) ao concentrar-se quase exclusivamente no ciclo materno-puerperal (65,66). Esse padrão

se manteve em 2024 com a criação da Rede Alyne, que, apesar de priorizar a redução da mortalidade materna e das desigualdades raciais, preservou o mesmo enfoque limitado e não incorporou o *aborto legal* entre seus componentes (67,68).

O recrudescimento de iniciativas conservadoras intensificou-se durante o governo de Jair Bolsonaro (2019–2022). Nesse período, o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez foi alvo de intervenções de caráter ideológico, com inclusão da imposição de notificação à autoridade policial nos casos de estupro, mesmo sem o consentimento da vítima (69,70). Tais medidas foram duramente criticadas por especialistas em saúde pública e direitos humanos e, após o término do mandato, foram revogadas pela nova gestão federal (45,56,69–71).

Paralelamente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) atravessou um período de notória ruptura com sua tradição técnico-científica, em favor de uma postura política marcadamente conservadora. Sob uma gestão cujos posicionamentos foram amplamente questionados pela comunidade acadêmica (72–75), a autarquia adotou uma postura dissonante do rigor técnico, incorporando termos de viés ideológico, como “feticídio”, em documentos oficiais e manifestando apoio a projetos como o Estatuto do Nascituro. Durante a pandemia de COVID-19, esse desvio das evidências consolidou-se no alinhamento ao governo federal da época, resultando na autorização de protocolos sem eficácia comprovada — o chamado “kit covid” (76), e na negligência quanto às evidências (77). Esse cenário de anormalidade administrativa e técnica não apenas agravou a crise sanitária, como também promoveu o enfraquecimento da atenção à saúde sexual e reprodutiva, criando barreiras político-institucionais que resultaram na redução temporária do acesso ao *aborto legal* no país (78,79).

A ofensiva conservadora atingiu um novo patamar em 2024, quando o CFM publicou uma resolução que, na prática, inviabilizava o aborto em gestações decorrentes de estupro com mais de 24 semanas de evolução. Embora a legislação brasileira não estabeleça um limite gestacional para os casos previstos em lei, a norma proibia a realização de assistolia fetal por médicos em casos de aborto humanitário após a 22ª semana de gestação, procedimento fundamental para o abortamento após esse período. A resolução, no entanto, foi posteriormente suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF), sob a justificativa de que o CFM havia extrapolado seu poder regulamentar, o que evidencia o contínuo embate entre os diferentes poderes e instituições sobre o tema. Processos semelhantes de intervenções regulamentares por

conselhos médicos, restringindo regulamentações governamentais, são observados em diversos países (20,45,80,81).

Em reação à suspensão da norma, grupos conservadores e antiabortistas incentivaram a proposição do chamado Projeto de Lei Antiaborto, que equipara o aborto voluntário em gestações acima de 22 semanas e a assistência médica a esse tipo de aborto ao crime hediondo de homicídio doloso, prevendo pena de reclusão de 6 a 20 anos para quem realizar o procedimento (82). A resposta da sociedade civil a essa proposta veio por meio da mobilização da campanha “Criança não é mãe”, organizada por movimentos sociais em defesa da autonomia reprodutiva de mulheres e meninas, que conseguiu impedir o andamento do projeto (83).

A ingerência do Estado sobre os corpos femininos (especialmente quanto continuidade ou interrupção de uma gestação) somada à exploração política do aborto por grupos contrários aos direitos sexuais e reprodutivos limita avanços e dificulta a consolidação de normas estáveis para o *aborto legal*. Esse cenário é explicitado por duas tentativas recentes do Ministério da Saúde de aprimorar sua regulamentação que foram rapidamente revertidas diante de pressões políticas: em 2014, a portaria que instituía procedimento específico para *aborto legal* com financiamento diferenciado foi revogada poucos meses após sua publicação (58,62,63); e, em 2024, nota técnica que endossava a inexistência de limite gestacional para a realização do *aborto legal* e a assistolia fetal como técnica para gestações avançadas foi suspensa no dia seguinte (80).

O momento atual do debate político sobre o aborto reflete um cenário de avanços normativos entrecortados por retrocessos institucionais. Essa dinâmica de avanços e retrocessos, no entanto, não é exclusividade brasileira e se manifesta de forma distinta em outros contextos. Na América Latina, esse processo é frequentemente ancorado no patriarcalismo religioso e em posições conservadoras sobre o tema (79) Nos Estados Unidos, por sua vez, a mesma instabilidade se manifestou com uma reviravolta dramática no campo jurídico: a reversão da decisão *Roe v. Wade* em 2022 eliminou o direito constitucional federal ao aborto, devolvendo a autoridade legislativa aos Estados. Essa mudança representa um dos maiores retrocessos nos direitos reprodutivos das últimas décadas (84–86). Portanto, tanto no Brasil quanto em cenários internacionais, a regulamentação do aborto permanece um campo de intensa disputa política e social.

2.2.1 Base legal e permissivos para aborto voluntário no Brasil

No campo clínico e epidemiológico, distinguem-se as perdas gestacionais espontâneas dos abortos induzidos. Aborto espontâneo refere-se a perdas ocorridas antes de 22 semanas, ao passo que as ocorridas após esse período são definidas como mortes fetais. Por sua vez, o aborto induzido — também denominado interrupção voluntária ou artificial da gravidez — é definido como a expulsão ou extração completa de um embrião ou feto, independentemente do tempo de duração da gravidez, após intervenção intencional por meios medicamentosos ou cirúrgicos, sem a finalidade de obter um nascido vivo (87).

Os critérios para a permissão do aborto voluntário não são estáticos: variam ao longo do tempo e entre sociedades. Em alguns contextos, restringem-se ao risco à saúde da mulher, à gravidez resultante de violência sexual ou a anomalias fetais graves; em outros, incluem razões socioeconômicas ou a decisão da mulher, sem necessidade de justificativa (88). Como fenômeno sociológico global, mesmo quando formalizados em legislações nacionais, esses critérios costumam ser vagos ou abertos a múltiplas interpretações. A sobreposição entre leis, regulamentos e decisões judiciais frequentemente produz arranjos normativos complexos, dificultando a compreensão — por mulheres e profissionais de saúde — das situações em que o aborto é legalmente permitido (13,88,89). No Brasil, o aborto é permitido em três situações: para salvar a vida da mulher, em caso de gravidez resultante de violência sexual e em casos de anomalia fetal severa de anencefalia (20,21,90,91).

Em relação ao primeiro permissivo, a legislação brasileira não explicita quais são as condições que ameaçam a vida e que podem ser elencadas como justificativa para a interrupção gestacional, deixando essa decisão ao julgamento pessoal do médico que realiza o aborto. Por um lado, isso amplia as possibilidades de aplicação do permissivo legal; por outro, gera insegurança jurídica para os profissionais de saúde, que podem ser penalmente responsabilizados (88,92). Embora não exista regulamentação oficial, recomenda-se que a decisão seja respaldada por parecer de pelo menos dois médicos especialistas — um obstetra e outro da área clínica relacionada à patologia de base (93). O protocolo de Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) elenca nove doenças crônicas como passíveis de aborto terapêutico, as quais: mola hidatiforme parcial; hiperêmese gravídica refratária a tratamento, com insuficiência hepática ou renal grave; neoplasia maligna que requer tratamento cirúrgico, radioterapia e/ou

quimioterapia; insuficiência cardíaca congestiva classes III-IV com doença cardíaca congênita ou adquirida (valvular e não valvular) com hipertensão arterial e doença cardíaca isquêmica refratária a tratamento; hipertensão arterial crônica grave com lesão de órgãos-alvo; lesão neurológica grave que piora com a gestação; lúpus eritematoso com dano renal grave refratário a tratamento; diabetes mellitus avançado com dano orgânico; insuficiência respiratória grave demonstrada por existência de pressão parcial de oxigênio < 50 mmHg e saturação sanguínea de oxigênio $< 85\%$ (94). Ainda assim, o documento ressalta que qualquer condição que represente risco grave à vida da gestante, ou dano grave permanente à sua saúde, pode justificar a interrupção da gravidez, desde que fundamentada por um comitê médico (94). Apesar disso, apenas 1% dos abortos legais realizados entre 2013 e 2015 tiveram como justificativa o risco à vida da gestante (25). A omissão médica diante da continuidade aleatória de gestações em mulheres com doenças crônicas graves, à mercê de sua vontade, contribui para o elevado número de mortes maternas por causas indiretas, que correspondem a cerca de 25% do total de óbitos maternos no país (34,94).

O aborto decorrente de estupro ou de outros crimes contra a dignidade sexual — como estupro de vulnerável e violação mediante fraude — é o permissivo legal de aborto mais utilizado no Brasil. Entre 2013 e 2015, 94% dos abortos legais registrados foram fundamentados nesse critério, que também é o mais estudado na saúde pública brasileira (25,95).

O terceiro permissivo legal refere-se à interrupção da gravidez em casos de anencefalia fetal, autorizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da ADPF 54, em 2012. Na ocasião, o Tribunal entendeu que a “antecipação terapêutica do parto” de fetos anencefálicos não configura crime de aborto, dada a inviabilidade de vida extrauterina e a consequente impossibilidade de tutela jurídica daquela vida. Em contraste com a resistência histórica observada na efetivação dos direitos das sobreviventes de estupro — cujas garantias enfrentaram entraves institucionais e uma longa demora na elaboração de protocolos pelo Ministério da Saúde desde 1940 —, a resposta institucional à decisão do STF foi relativamente célere. Apenas um mês após o julgamento, o Conselho publicou a Resolução nº 1.989/2012, que estabelece critérios diagnósticos e orientações para a realização do procedimento, além de reafirmar a dispensa de autorização judicial (40). No mesmo sentido, o Ministério da Saúde publicou, em 2014, uma nota técnica destinada a assegurar o direito das mulheres e subsidiar a

conduta de profissionais (96). Atualmente, essa jurisprudência tem sido estendida a outras malformações fetais incompatíveis com a vida, nas quais também inexistente expectativa de sobrevivência pós-natal. Ainda assim, nesses casos, é frequente que as famílias precisem recorrer ao Judiciário para que o direito à dignidade seja reconhecido e garantido (94).

2.2.2 Oferta e funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil

Embora haja avanços recentes na ampliação da oferta de serviços de *aborto legal* no Brasil, essa oferta ainda é insuficiente e distribuída de forma desigual no território nacional. Em 2019, apenas 3,6% dos municípios brasileiros dispunham de estabelecimentos que realizavam abortamentos previstos em lei. Desses, 40,5% estavam concentrados na região Sudeste, o que revela uma concentração geográfica significativa. Além disso, esses serviços se localizavam, majoritariamente, em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) alto ou muito alto (77,5%) e com população superior a 100 mil habitantes (59,5%). Em contrapartida, não havia nenhum serviço disponível nos municípios com IDH-M muito baixo ou com menos de 10 mil habitantes (58).

Desde 2014, os serviços que realizam *aborto legal* podem ser formalmente registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O cadastro, contudo, não reflete plenamente a oferta real, pois a realização do *aborto legal* não se restringe a serviços cadastrados e, mesmo entre aqueles cadastrados, parte expressiva não realiza o procedimento. Em 2019, dos 251 estabelecimentos que registraram abortos legais, apenas 24,7% estavam cadastrados. Por outro lado, entre os 101 serviços cadastrados, 38,6% não registraram nenhum procedimento naquele ano (58).

O estupro foi o permissivo legal mais frequentemente requerido, em estudo transversal com amostra de prontuários de serviços de *aborto legal* (2013-2015), correspondendo a 94% dos casos (25). Esse estudo identificou 5.075 demandas por interrupção legal da gestação, das quais apenas 2.442 foram efetivamente atendidas (25). No entanto, para dimensionar a subutilização do *aborto legal* e a demanda reprimida de aborto por estupro no Brasil, com base em dados epidemiológicos, é necessário estimar as gestações decorrentes de estupros no país. A violência sexual é amplamente subnotificada: estima-se que apenas 8,5% dos casos sejam reportados à polícia e 4,2% ao Sistema de Saúde. Considerando essa subnotificação, Ferreira et al. (22)

estimaram de forma conservadora a ocorrência de pelo menos 822 mil casos de estupro por ano no Brasil (2019). A proporção de violências sexuais que culminam em gravidez varia conforme o contexto e o desenho dos estudos. Em contextos norte-americanos, um estudo longitudinal de base nacional (1990-1992) e outro, transversal, conduzido em dois serviços de saúde reprodutiva (2009-2013), estimaram, respectivamente, proporções de 4,7% e 1,9% (46,97–99). No Brasil, Cerqueira (100), com base em dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2011, apontou uma proporção maior: 7,1% dos casos de estupros (com ou sem penetração) resultaram em gravidez. É importante reconhecer, contudo, que essa estimativa pode estar sujeita a viés de seleção, uma vez que as mulheres que engravidam após estupro são mais propensas a procurar serviços de saúde e, conseqüentemente, a terem seus casos notificados. Ao restringir a análise a casos exclusivamente com penetração vaginal, os percentuais subiram para 10,6% entre crianças menores de 14 anos, 15,0% entre meninas de 14 a 17 anos e 7,9% entre mulheres adultas (100). Considerando a estimativa de 822 mil estupros anuais e a proporção de 7,1% de gestações pós-estupro, estimam-se aproximadamente 57.540 gestações decorrentes de estupro a cada ano. Ainda que essa estimativa envolva diferentes fontes e períodos, ela permite dimensionar a magnitude da discrepância entre a necessidade potencial e o acesso efetivo ao *aborto legal*.

Dados de dois estudos populacionais ecológicos nacionais indicam que, entre 2008 e 2015, foram registradas cerca de 1.600 internações anuais por *aborto legal* (101), enquanto, entre 2008 e 2018, essa média foi de 1.900 internações anuais (23). Mesmo considerando diferenças metodológicas e temporais entre os estudos, ambos indicam um volume muito inferior ao esperado, diante da demanda estimada: menos de 3% das gestações resultantes de violência sexual culminam na interrupção legal da gravidez. Mesmo entre os casos registrados no SINAN, o acesso ao *aborto legal* permaneceu limitado: apenas 5,6% das crianças menores de 14 anos, 5,0% das meninas entre 14 e 17 anos e 19,3% das mulheres adultas que engravidaram após o estupro conseguiram acessar o procedimento previsto em lei (100).

2.2.3 Tecnologias utilizadas em contexto de Aborto Legal no Brasil

Na CID-10, o *aborto legal* é enquadrado na categoria O04 (Aborto por razões médicas e legais). Essa classificação, por basear-se na justificativa jurídica ou médica, depende da

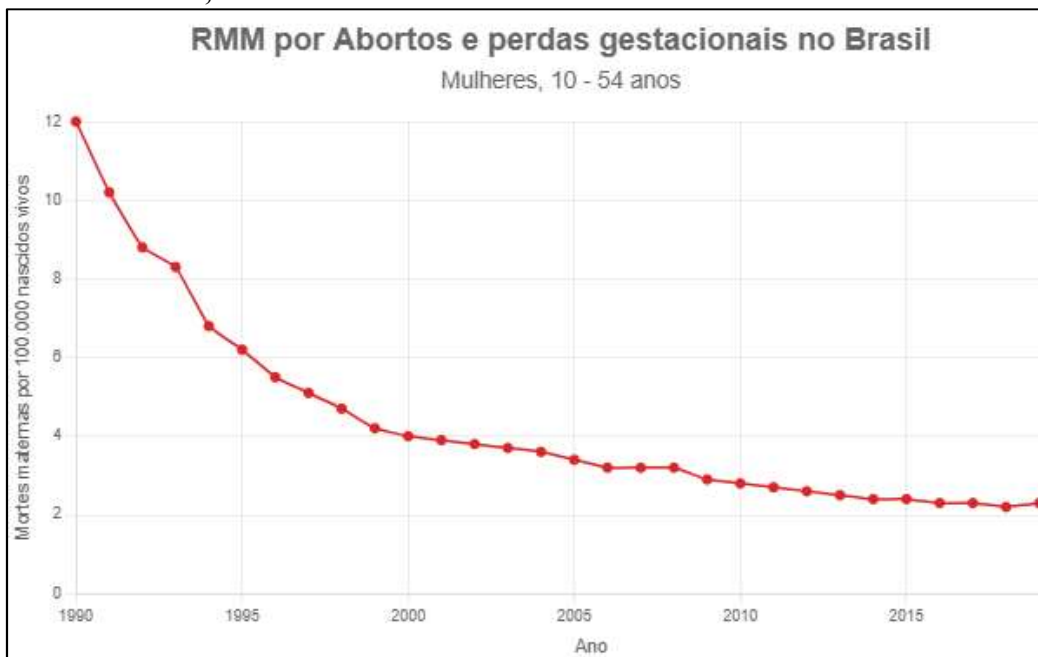
legislação de cada país, o que pode contribuir para a subnotificação de procedimentos realizados fora da legalidade. Em contraste, a CID-11 adotou uma abordagem centrada na técnica e no evento clínico, o que facilita o registro do procedimento como um evento de saúde sob o código J00.1 (Aborto induzido). Nesta versão, a interrupção artificial da gravidez é definida como a expulsão ou extração deliberada de um embrião ou feto (independentemente da duração da gravidez), por meios médicos ou cirúrgicos, que não se destina a resultar num nascimento vivo”. Dessa forma, os abortos induzidos são distinguidos dos casos espontâneos e natimortos, independentemente de seu *status* legal (87,102).

Em relação à segurança, a OMS classifica o aborto (103,104) em: seguros, pouco seguros (*less safe*) e nada seguros (*least safe*). Essa classificação permite distinguir nuances entre os diferentes graus de risco, fundamentando-se em dois critérios principais: a qualificação do profissional e a adequação do método ao estágio gestacional e às condições sanitárias. Os abortos menos seguros são aqueles realizados por profissionais capacitados, porém com técnicas ou condições inadequadas, ou por pessoas não qualificadas, ainda que utilizem o método correto. Já os nada seguros envolvem a combinação crítica de indivíduos sem treinamento, técnicas inadequadas e condições sanitárias precárias (104).

Nesse cenário, destaca-se o papel transformador do aborto medicamentoso, que se consolidou globalmente como um método eficaz e seguro. Historicamente, o misoprostol, embora originalmente desenvolvido para o tratamento de úlceras gástricas, foi apropriado por mulheres, sobretudo latino-americanas, como alternativa à interrupção da gravidez em contextos de restrição legal. Sua disseminação no Brasil, nos anos 1990 e 2000, coincidiu com a redução da mortalidade materna por aborto, mesmo sem apoio institucional estruturado - Figura 2 (23,105).

Além do aborto induzido, o misoprostol passou a ser amplamente utilizado em diversas situações obstétricas, como profilaxia e tratamento da hemorragia pós-parto, indução do parto ou de perdas gestacionais e amadurecimento do colo para procedimentos invasivos. Posteriormente, o estudo de seus efeitos levou ao desenvolvimento da mifepristona, que, combinada ao misoprostol, forma o regime mais eficaz e recomendado para aborto medicamentoso (13,106–108).

Figura 2. Evolução da Razão de Mortalidade Materna por aborto entre mulheres de 10-54 anos. Brasil, 1990-2021



Fonte: Adaptado de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024

Contudo, no Brasil, apesar do reconhecimento internacional da segurança do aborto medicamentoso, inclusive com recomendações favoráveis a sua autoadministração, o acesso a esse método permanece limitado (13,109,110). O misoprostol é submetido a rigoroso controle hospitalar (42), e a mifepristona não está disponível por falta de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o que impede o uso do regime completo recomendado. Essa situação é alvo de críticas de organismos internacionais de saúde e direitos humanos, pois restringe o acesso a um método seguro e eficaz, afastando mulheres brasileiras de cuidados adequados mesmo em contextos de *aborto legal* (111).

Nos serviços que realizam o *aborto legal*, majoritariamente públicos, a situação é desafiadora. Apesar de as diretrizes internacionais recomendarem, além do aborto medicamentoso, o uso de métodos mais modernos como da aspiração a vácuo (AMIU) até a 17ª semana, o Brasil mantém a curetagem uterina (D&C) como prática predominante. Trata-se de uma técnica obsoleta e desencorajada devido aos maiores riscos de complicações (13,58,110), mas que ainda representou 87% das internações por aborto no país em 2024 (12).

A subutilização da AMIU evidencia um gargalo assistencial: embora seja um método mais seguro, rápido e com menor taxa de morbidade, sua implementação enfrenta barreiras que vão da carência de treinamento específico à cultura institucional refratária. De forma análoga,

a Dilatação e Evacuação (D&E), indicada entre a 18^a e a 24^a semana, é praticamente inexistente no cenário nacional. Essa lacuna não decorre de impedimentos legais, mas da escassez de proficiência técnica e de uma rede de serviços estruturada para lidar com casos de maior complexidade gestacional (13,50,51,58,110,112,113).

Somado a esses entraves, o acesso a dilatadores osmóticos — essenciais para uma preparação cervical segura em diversos procedimentos de aborto legal — é dificultado pelo alto custo. Essa restrição financeira torna o insumo inacessível para muitos serviços públicos, comprometendo a qualidade e a segurança do atendimento de forma generalizada (58,110,112,113).

Portanto, mesmo nos casos de *aborto legal*, o Brasil enfrenta barreiras estruturais e normativas que limitam a adoção de métodos reconhecidamente seguros. O resultado é a persistência de práticas classificadas como *less safe*, tanto nos procedimentos realizados por profissionais qualificados quanto nos realizados de forma clandestina com medicamentos eficazes, mas sem supervisão adequada (58).

2.3 Cenário epidemiológico e letalidade do aborto legal

A literatura científica brasileira sobre *aborto legal* é escassa e marcada por fragilidades metodológicas, especialmente no que tange à letalidade. A revisão sistemática mais recente (2008-2018) identificou um número reduzido de estudos com rigor adequado, apontando fragilidades como amostras pequenas, ausência de dados longitudinais e uso restrito de análises estatísticas robustas (95,106). Embora monitoradas pelo DataSUS, as internações por *aborto legal* representam uma fração mínima do total de internações por aborto, correspondendo a apenas 0,8% de todos os registros entre 2008 e 2018 (23).

O estudo transversal de Diniz e Madeiro, em amostra de prontuários de mulheres submetidas ao procedimento em serviços brasileiros de *aborto legal* de todas as regiões do país (2013-2015), descreve que eram predominantemente jovens (62% entre 15 e 29 anos), solteiras (71%) e brancas (51%), embora os dados de raça/cor tivessem uma incompletude importante (40,6% de não preenchimento) (25).

Diante da escassez de estudos publicados em periódicos científicos sobre o tema no Brasil, o panorama inicial baseia-se em análises exploratórias de dados secundários dos sistemas de informação em saúde. Um levantamento independente conduzido por Derosa,

utilizando dados do DataSUS (1998-2022), estimou uma letalidade hospitalar de 40,6 óbitos por 100.000 internações por *aborto legal* (114). Esse achado diverge do consenso da OMS sobre a segurança do procedimento quando realizado em condições adequadas (13,26,113,115–118)

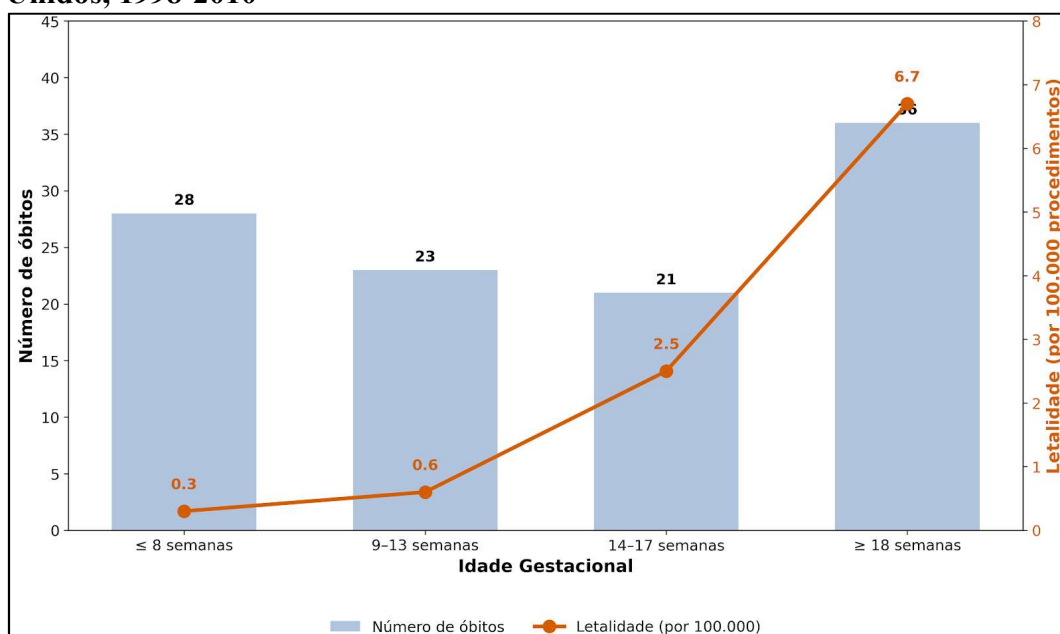
A fundamentação do consenso da OMS (13,26,113,115–118) baseia-se em dados estadunidenses. Nos EUA, a vigilância epidemiológica do *aborto legal* e da mortalidade materna é realizada desde 1972 pelo *Pregnancy Mortality Surveillance System* (PMSS) (119–122). A letalidade por *aborto legal* foi extremamente baixa: 0,45 óbitos maternos por 100 mil procedimentos entre 2013 e 2020 (121). Para dimensionar essa magnitude de segurança, um estudo ecológico estadunidense (1998 a 2005) confrontou diretamente a letalidade materna de abortos legais e de partos com nascidos vivos (26). Utilizando como numerador óbitos maternos registrados no PMSS e como denominador, para abortos legais, a estimativa de procedimentos pelo método do AGI, enquanto, para e partos, o registro do total de nascidos vivos, o estudo demonstrou que a letalidade associada ao parto foi aproximadamente 14 vezes maior que a do *aborto legal* — 8,8 mortes por 100 mil nascidos vivos contra 0,6 mortes por 100 mil abortos legais (26). Essa expressiva diferença, identificada nesse estudo, fundamenta o consenso internacional quanto à sua segurança (13,26,113,115–118).

Mesmo em contextos de segurança, a letalidade do *aborto legal* apresenta heterogeneidade. Estudo ecológico (1998-2010) (122) indicou a idade gestacional como principal fator associado ao óbito no *aborto legal*: a letalidade (óbitos/100.000 abortos) aumentou progressivamente de 0,3 (\leq 8 semanas de gestação) para 6,7 (\geq 18 semanas de gestação)— ver Figura 3. Observaram-se também disparidade raciais, com letalidade (óbitos/100.000 abortos) de 1,1 entre mulheres negras e 0,4 entre mulheres brancas. A faixa etária também se associou ao desfecho, com a letalidade (óbitos/100.000 abortos) variando de 0,04 em \leq 19 anos, para 1,1 em (30-34 anos) e 0,9 (\geq 35 anos) (122).

Apesar de a experiência norte-americana consolidar o *aborto legal* como uma intervenção altamente segura, estudos realizados em outros contextos apresentam resultados distintos. Na Finlândia, duas coortes retrospectivas populacionais (1987-2000 e 2001-2012) analisaram os óbitos gerais (não apenas os maternos) ocorridos até um ano após diferentes desfechos de gravidez. Foi identificada maior letalidade geral após *aborto legal* (83,1/100.000 abortos) em comparação com após parto (28,2/100.000 gestações) (123), padrão confirmado

por estudo subsequente (124). Tendência semelhante foi observada em Matlab, área rural de Bangladesh, em uma coorte retrospectiva derivada do Matlab Health and Demographic Surveillance System (Matlab HDSS) existente desde 1966 (125). Esse estudo (1983-2001), com mais de 109 mil mulheres, identificou maior letalidade pós-*aborto legal* quando comparado ao após o parto de nascidos vivos tanto nos primeiros 42 dias (aproximadamente 450/1.000 vs. 50/1.000) quanto em até um ano após o evento obstétrico (aproximadamente 480/1.000 vs. 60/1.000) (126).

Figura 3. Letalidade e número de óbitos em abortos legais por tempo de gestação. Estados Unidos, 1998-2010



Fonte: Adaptado de Zane et al., 2015

A divergência dos resultados em comparação aos estudos estadunidenses decorre de variações metodológicas. Nos norte-americanos, o numerador restringe-se aos óbitos maternos, enquanto nos da Finlândia e do Bangladesh, abrange-se mortes por todas as causas. Esta inclusão incorpora óbitos acidentais ou incidentais, frequentemente associados ao contexto socioeconômico vulnerável das mulheres que buscam o *aborto legal* — incluindo possíveis impactos de violências sofridas, como nos casos de gravidez decorrente de estupro. Assim, a letalidade mais elevada nesses contextos pode refletir o perfil clínico e social de vulnerabilidade dessas mulheres, e não um risco inerente ao procedimento em si. Adicionalmente, os denominadores diferiram: os estudos dos EUA utilizam estimativas do total de abortos induzidos (método AGI), o que corrige subnotificações e tende a diluir a letalidade; já os

estudos da Finlândia e Bangladesh limitaram-se exclusivamente aos procedimentos registrados nos serviços de saúde, o que tende a concentrar a letalidade.

2.4 Situações de Abortamento e Morbimortalidade Materna

Embora haja distinção conceitual clara, a mensuração exata da incidência de perdas espontâneas, mortes fetais intrauterinas e abortos induzidos seja extremamente complexa e enfrente limitações importantes, tanto técnicas quanto sociopolíticas. Parte significativa dos abortos — sejam espontâneos ou induzidos — não requer atendimento médico e, portanto, não é registrada pelos Sistemas de Informação em Saúde (10). Além disso, o estigma associado ao tema contribui para a omissão ou para a declaração equivocada ou imprecisa dos casos, que podem ser registrados como aborto espontâneo, o que impacta a acurácia dos dados (127–130). Com isso, as linhas que separam abortos espontâneos e induzidos nos registros oficiais se tornam borradas, e as taxas de internações por aborto espontâneo podem encobrir uma parcela significativa de abortos provocados (23). Estima-se que, para cada mulher internada por complicações do aborto — seja derivada de uma situação de aborto por processo induzido ou espontâneo, já que não é possível, apenas pela avaliação clínica, determinar a diferença entre esses dois processos —, outras cinco mulheres tenham induzido o aborto de forma clandestina e insegura, sem buscar assistência médica (131). A subnotificação é especialmente relevante em países de baixa e média renda, onde o acesso ao aborto é limitado e as leis são restritivas (132).

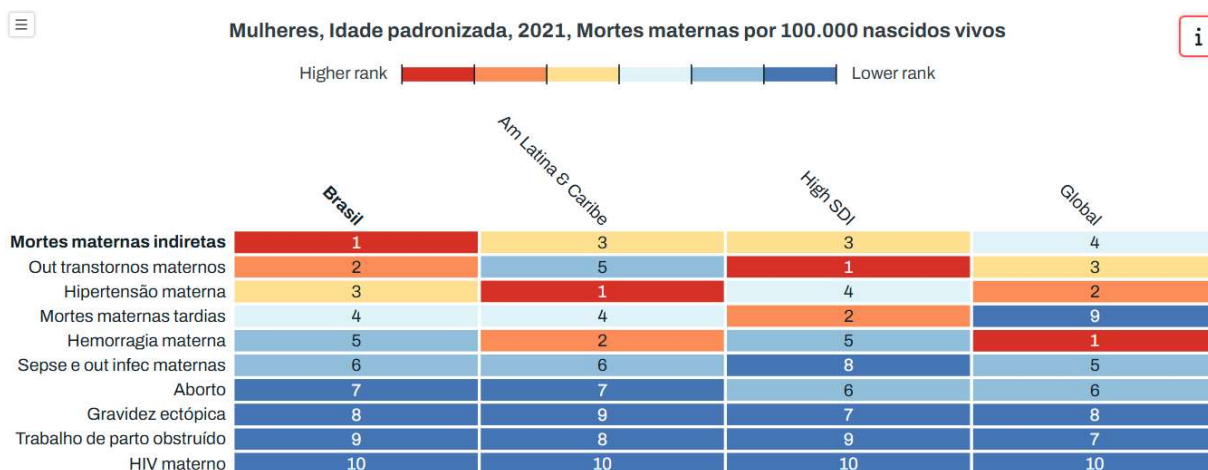
Tendo em vista a imprecisão nos registros e o fato de ser pouco produtivo para o cuidado de saúde das mulheres a distinção entre a natureza deliberada ou fisiológica do aborto, a OMS adota o termo abrangente “situações de abortamento”, que inclui diferentes tipos de aborto (ameaça de aborto, aborto incompleto, aborto retido, aborto em evolução, aborto induzido, perdas gestacionais, mortes intraútero e situações pós-aborto) (13). A classificação atual da OMS estabelece que a segurança do aborto é condicional, determinada pela adequação do método à idade gestacional e pela qualificação do profissional que o realiza (11,104). Assim, o aborto induzido é um procedimento de baixo risco quando realizado em condições adequadas. Entretanto, a análise global da segurança dos abortos induzidos revela uma nítida disparidade entre países. Entre 2010 e 2014, quase metade (49,5%) dos abortos induzidos em países de baixa renda ou com baixo IDH foi classificada como insegura, em contraste com apenas 12,5%

nos países de alta renda. Essa diferença sugere que o risco não é inerente ao aborto em si, mas decorre das condições socioeconômicas, legais e assistenciais em que o procedimento é realizado (11,13,104,133,134).

No Brasil, a insegurança do aborto foi documentada pelas consequências, como óbitos por infecção e hemorragia (complicações evitáveis em ambientes controlados), o que reflete falhas sanitárias e assistenciais do Sistema de Saúde brasileiro em garantir cuidados seguros de abortamento. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006), baseada em entrevistas com mulheres, indicou uma prevalência 2,5 vezes maior de hemorragia e 3 vezes maior de infecção entre aquelas que relataram aborto (espontâneo ou induzido) em comparação com as que tiveram parto (135). Esse achado expressa apenas parcialmente a magnitude das complicações, dado o viés de sobrevivência inerente a esse tipo de inquérito. Estudo descritivo, baseado em série de casos, divulgado pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna/Paraná, indicou que 59% dos casos foram atribuíveis a complicações infecciosas (136,137). Estudo caso-controle hospitalar, conduzido na única maternidade de atenção terciária de Sergipe na época (2012-2013), avaliando prontuários de casos de mulheres com complicações durante a gestação, no parto, no aborto e no puerpério, apontou a associação de 30% dos óbitos maternos com aborto infectado (136,138). A persistência de óbitos e complicações relacionadas ao aborto, portanto, documenta as falhas na segurança do cuidado, que podem decorrer tanto de contextos clandestinos quanto do manejo inadequado de situações de aborto nos serviços regulares de saúde.

Em 2021, a razão de mortalidade materna (RMM) específica por aborto ocupava a sexta posição entre as causas de morte materna no ranking global, com 12,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos - Figura 4 (10). Observa-se também marcante disparidade entre regiões do mundo: enquanto a RMM por aborto foi de 12,9 no conjunto global, na América Latina e Caribe o valor foi de 5,7, no Brasil de 2,2 e, em países de alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de apenas 0,25 mortes por 100.000 nascidos vivos (10). Apesar do número elevado de abortos inseguros na América Latina e Caribe, a RMM por aborto na região mantém-se relativamente baixa. Esse cenário pode estar relacionado à crescente utilização do aborto medicamentoso, considerado mais seguro e menos invasivo (11).

Figura 4. Ranking das razões de mortalidade materna por causas específicas entre diferentes regiões, 2021.



Fonte: GBD, 2021

No Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) específica por aborto apresentou uma redução significativa nas últimas décadas, passando de 4,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2000 para 2,2 em 2020 (10,127).

Em relação à faixa etária, as maiores RMM específicas por aborto foram nos extremos etários, na faixa de 10-14 anos com 4,6 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, e na faixa entre 40-44 anos, com 4,5 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos — Figura 5 (10).

Figura 5. Razão de mortalidade materna específica por aborto a cada 100.000 mil nascidos vivos, por faixa etária. Brasil, 2021



Fonte: Adaptado de GBD, 2021

Além das desigualdades regionais e etárias, destacam-se também as iniquidades étnico-raciais e socioeconômicas. Entre 2010 e 2021, 62% dos óbitos maternos por aborto ocorreram entre mulheres negras (pardas ou pretas), enquanto 92% das mulheres que morreram por essa

causa tinham menos de 12 anos de escolaridade (127). Embora esses indicadores não representem uma RMM específica por raça ou por escolaridade, fornecem um panorama da magnitude relativa do problema no conjunto da mortalidade materna por aborto. Estudo, com base em óbitos registrados entre 2008 e 2015, identificou um perfil epidemiológico marcado pela interseccionalidade de vulnerabilidades: predominância de mulheres negras ou indígenas, baixa escolaridade (101).

3 JUSTIFICATIVA

A redução da mortalidade materna é um compromisso central da Agenda 2030. A Meta 3.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) prevê, até 2030, a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para níveis globais considerados aceitáveis (meta global: < 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos); o Brasil estabeleceu, em âmbito nacional, um objetivo mais ambicioso, visando reduzir a RMM para cerca de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos (2,5,6,8). Apesar da redução significativa nas décadas de 1990 e 2000, a RMM brasileira estabilizou-se nas décadas seguintes: entre 1996 e 2018, os valores anuais situaram-se entre 52,5 e 65,2 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos — Figura 1 (139). Essa estagnação sugere que as estratégias adotadas até o momento foram insuficientes para provocar novas quedas no indicador.

Identificar e enfrentar causas evitáveis de óbito materno é, portanto, essencial. Entre os pontos ainda pouco explorados nas políticas públicas está a contribuição das mortes associadas a abortos inseguros — causas potencialmente evitáveis e com impacto significativo na mortalidade materna. Por essa razão, a OMS considera a eliminação do aborto inseguro uma prioridade para reduzir as mortes maternas evitáveis (2,5,6,8,13). Simultaneamente, evidências americanas, em contextos bem monitorados e amplamente adotadas pela OMS, apontam que o aborto induzido, quando realizado de forma legal e segura, apresenta risco extremamente baixo, tornando o *aborto legal* potencialmente mais seguro do que o parto (26,121,140–147). Contudo, estudos em outros contextos (Finlândia e Bangladesh) apresentaram resultados divergentes quando o desfecho analisado não se limita ao óbito materno.

Embora estejam bem documentados nesses estudos, o perfil epidemiológico brasileiro é distinto e ainda há escassez de estudos robustos em países em desenvolvimento. No Brasil, o conhecimento sobre a segurança do *aborto legal* ainda é fragmentado e de qualidade metodológica limitada: a literatura nacional conta com poucos estudos de base populacional. Pouco se sabe sobre como esses indicadores se comportam em contextos nos quais o acesso a serviços de *aborto legal* é limitado, o uso da técnica obsoleta de curetagem para aborto é frequente, os permissivos legais são restritos e a mortalidade materna permanece elevada (25,95,101,140).

Diante dessas lacunas e da necessidade de gerar conhecimento para reverter a estagnação da RMM, este estudo propõe uma análise comparativa da letalidade materna em três

cenários de encerramento gestacional: *aborto legal*, aborto por outras causas e parto, com base em dados administrativos e investigação de óbitos. A expectativa é contribuir para o avanço do conhecimento sobre a segurança do *aborto legal* no Brasil, oferecendo evidências que possam subsidiar o fortalecimento de políticas públicas e, por extrapolação, servir de referência para outros contextos com características semelhantes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar a letalidade por *aborto legal* em procedimentos realizados no SUS, entre 2000 e 2015.

4.2 Objetivos específicos

Dimensionar a letalidade por *aborto legal* e compará-la à letalidade por aborto sob outras circunstâncias e por parto no SUS, entre 2000 e 2015, por quadriênios e causas diretas e indiretas.

Aprofundar a análise dos óbitos maternos após *aborto legal* na coorte, contextualizando a trajetória de cada mulher por meio da descrição do histórico obstétrico, do perfil sociodemográfico e das circunstâncias gestacionais que contribuíram para o desfecho.

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Os dados analisados neste estudo são provenientes de um estudo de coorte retrospectiva, de abrangência nacional, com base em dados secundários individualizados. Esta coorte, denominada Base Nacional de Saúde (BNS), foi desenvolvida em 2016, e integra registros do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (27,148). Esses sistemas, originalmente, não são integrados, o que inviabiliza o acompanhamento longitudinal dos usuários. Para contornar essa limitação, a construção da BNS envolveu a vinculação, por meio de técnicas determinísticas e probabilísticas, dos registros provenientes desses sistemas, com base em dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, possibilitando o acompanhamento longitudinal de indivíduos, preservando a confidencialidade. Essa estratégia permitiu identificar 159.703.805 indivíduos únicos no período de 2000 a 2015 (27,148,149).

Com o objetivo de preservar o sigilo, os dados pessoais foram desidentificados, e a cada indivíduo foi atribuído um código identificador único. Esse identificador permite reconhecer o mesmo usuário em diferentes bases de dados, viabilizando a reconstrução do histórico de atendimento ao longo do tempo, sem comprometer a confidencialidade dos dados. A acurácia dessa metodologia já foi demonstrada em estudos anteriores. O processo de vinculação da BNS apresenta taxas gerais de erro estimadas em 3,3% para falsos positivos e 12,3% para falsos negativos. (27,148,150–152).

5.2 Período da Coorte

A BNS fornece registros referentes ao período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de maio de 2015. Para este estudo, o período de entrada na coorte inicia-se com a entrada dos registros na BNS em 1º de janeiro de 2000. O período de entrada na coorte limita-se até 19 de abril de 2015 – 42 dias antes do encerramento da base – permitindo o acompanhamento das pacientes por até 42 dias após a internação por parto ou aborto. A escolha desse período de seguimento baseia-se na definição de morte materna, que considera os óbitos ocorridos até 42 dias após o término da gestação (parto ou abortamento), mantendo o fim do seguimento de acompanhamento até a

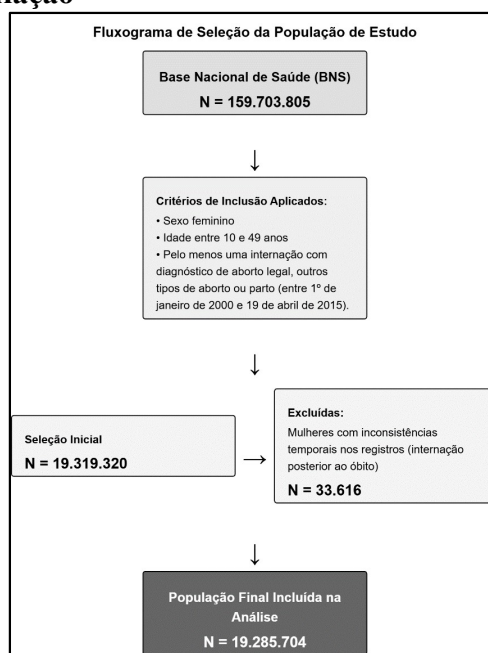
data final da base, em 31 de maio de 2015. A limitação temporal da análise até 2015 deve-se exclusivamente à indisponibilidade de dados posteriores na versão atual da BNS.

5.3 População do estudo

A população-alvo deste estudo corresponde às mulheres brasileiras em idade fértil (10 a 49 anos), conforme definição adotada pelo Ministério da Saúde (31). Foram incluídas mulheres com pelo menos um registro no SUS na BNS de internação hospitalar com diagnóstico de parto ou aborto (conforme codificação do CID-10) entre 1º de janeiro de 2000 e 19 de abril de 2015, totalizando 19.319.320 mulheres (Figura 6). O estudo se restringe às internações hospitalares por *aborto legal*, a outros abortos e a partos registrados no SUS. Não fazem parte do critério de inclusão do estudo resoluções de gestações na rede suplementar ou em ambiente extra-hospitalar, que, portanto, não constam na base de dados.

A partir do critério de inclusão inicial, foram excluídos 33.616 participantes devido a inconsistências temporais nos dados (registro de internações posteriores ao óbito, indicando erro no pareamento da BNS). Após as exclusões, a amostra final analisada compreendeu 19.285.704 pacientes, com 25.895.330 eventos, distribuídos da seguinte forma: 21.567 abortos legais, 2.774.069 abortos por outras causas e 23.099.694 partos.

Figura 6. Seleção da população



5.4 Variáveis

A variável óbito materno foi definida como o óbito durante a gestação ou até 42 dias após seu término, decorrente de qualquer causa relacionada (causas diretas) ou agravada pela gestação ou por seu manejo (causas indiretas), excluindo-se causas acidentais ou incidentais, conforme definição da OMS (31,153–155). A identificação do óbito materno baseou-se na causa básica registrada segundo a classificação da CID-10, conforme diretrizes nacionais e internacionais. São incluídos os óbitos classificados no Capítulo XV (O00 a O95, O98–O99), bem como os códigos de outros capítulos reconhecidos como relacionados à morte materna: A34, B20–B24, D39.2, E23.0, F53 e M83.0 (31,153–158).

A principal variável de comparação para análise de letalidade foi o tipo de encerramento da gravidez que motivou a internação hospitalar. Essa variável foi classificada em três categorias mutuamente exclusivas, com base nos diagnósticos registrados na internação: (a) abortamento legal, que corresponde às internações hospitalares com código (O04) referentes a aborto por razões médicas e legais; (b) aborto por outras causas, que inclui internações hospitalares abrangendo todos os outros tipos de abortamento (O00–O03 ou O05–O08); e (c) parto (O80–O84), que se refere às internações hospitalares por parto.

Para minimizar erros de classificação, em cada episódio de internação, consideraram-se os diagnósticos principais e secundários da internação hospitalar. Para garantir a classificação mutuamente exclusiva, aplicou-se uma estratégia de priorização hierárquica. O diagnóstico de *aborto legal* foi considerado preponderante: qualquer internação contendo esse código foi alocada neste grupo, independentemente da presença concomitante de outros códigos. Subsequentemente, nos registros restantes, a presença de códigos de 'outros abortamentos' prevaleceu sobre os códigos de parto, sendo estes últimos excluídos dessa categoria.

Para assegurar que cada evento correspondesse a um único episódio gestacional, foi aplicada uma estratégia de agrupamento por ciclo: internações hospitalares subsequentes ocorridas em um intervalo de 28 dias após o evento inicial foram agrupadas como um único episódio. Este critério de 28 dias baseou-se no ciclo menstrual médio da mulher, que, biologicamente, impediria o início de uma nova gestação nesse período.

Para qualificar a análise dos casos de óbito materno pós-*aborto legal* na coorte, foram descritas em profundidade as trajetórias individuais dessas mulheres. Essa abordagem foi adotada devido à relevância de compreender esse fenômeno, que, em razão do reduzido número

absoluto de casos, é suscetível a distorções em análises estatísticas convencionais, e para inferir, ainda que com as limitações dos registros administrativos, a natureza do aborto e as circunstâncias do óbito. A metodologia, inspirada no trabalho de Pilecco et al. (159), consiste na reconstrução das informações extraídas na BNS (derivadas do preenchimento de AIHs, APACs ou DOs). A análise detalhada de cada trajetória contemplou as seguintes dimensões: (a) sociodemográficas: idade, raça/cor da pele, município e estado de residência e internação; (b) histórico clínico e obstétrico (mapeado por meio de internações obstétricas e outras internações prévias, além de registros de APAC); (c) contexto assistencial da gestação: tempo de internação e necessidade de cuidados intensivos, tipo de procedimento realizado e solicitado; (d) cadeia causal do óbito.

5.5 Análise de dados

A letalidade materna hospitalar foi calculada como o número de óbitos maternos por 100.000 internações. Intervalos de confiança não foram estimados por se tratar de um estudo de abrangência populacional. A comparação da proporção de óbitos entre os grupos obstétricos (*aborto legal*, aborto por outras causas e parto) foi feita por teste de independência do qui-quadrado. Variações temporais foram avaliadas em quadriênios: 2000–2003, 2004–2007, 2008–2011 e 2012–2015 (Figura 1).

As causas de óbito foram ainda categorizadas em mortes maternas diretas, resultantes de complicações obstétricas, intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos decorrente dessas causas, identificadas pelos códigos O00–O08, O11–O23, O24.4, O26–O92, A34, D39.2, E23.0, F53 e M83.0 (37,157,158), e indiretas, decorrentes de doenças pré-existentes ou agravadas pela gestação, identificadas pelos códigos O10, O24 (exceto O24.4), O25, O98–O99 e B20–B24 (37,157,158).

As proporções de morte materna direta e indireta foram comparadas por testes de Fisher, adequado para situações com frequências esperadas inferiores a 5. Para as análises, adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$.

O processamento e a extração dos dados da base foram realizados em SQL, no ambiente do DBeaver, versão 25.11. As análises estatísticas foram conduzidas no software RStudio, versão 4.3.1.

5.6 Considerações éticas.

O projeto de pesquisa que viabiliza a realização da segunda etapa deste estudo (Base Nacional de Saúde) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 44121315.2.0000.5149). Nesse projeto, os dados individuais foram devidamente desidentificados, de modo a assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações dos sujeitos envolvidos.

6 ARTIGO ORIGINAL

Modalidade: Artigo Original

Letalidade hospitalar do aborto legal em comparação a outros procedimentos obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2000 e 2015

Resumo

Objetivos: Analisar a letalidade hospitalar do aborto legal no Sistema Único de Saúde (SUS), comparando-a à de outros tipos de aborto e à de partos, e analisar descritivamente as trajetórias dos casos com desfecho de óbito materno pós-aborto legal. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva com dados da Base Nacional de Saúde (2000-2015), incluindo mulheres entre de 10 a 49 anos internadas por aborto legal (n=21.567), outros abortos (n=2.774.069) ou parto (n=23.099.694). A variável principal foi o óbito materno até 42 dias após a internação. Calculou-se a letalidade hospitalar (óbitos por 100 mil internações) por grupo obstétrico e por quadriênio. Compararam-se as proporções de óbitos entre os três grupos obstétricos pelo teste do qui-quadrado e a distribuição dos óbitos por causas (diretas e indiretas) entre os grupos pelo teste exato de Fisher. As mulheres que evoluíram para óbito materno pós-aborto legal tiveram suas trajetórias obstétricas recompostas a partir das informações coletadas. **Resultados:** A letalidade diferiu entre os grupos: 46,4 para aborto legal, 17,3 para outros abortos e 16,6 para partos ($p < 0,001$), mantendo-se superior no aborto legal em todos os quadriênios. A distribuição das mortes maternas diretas e indiretas diferiu entre os grupos (causas diretas representaram 90,0% dos óbitos maternos pós-aborto legal, 86,2% pós outros abortos e 78,1% pós-parto, $p < 0,001$). Os casos fatais pós aborto legal caracterizaram-se por elevada gravidade clínica na admissão, presença de comorbidades e procedimentos realizados em estágios avançados da gestação. **Conclusão:** Apesar do consenso internacional de que o aborto legal é mais seguro que o parto, este estudo identificou uma maior letalidade associada a ele no contexto do SUS no Brasil. Essa contradição não reside no procedimento em si, mas reflete condições assistenciais desfavoráveis, incluindo acesso tardio e manejo em contextos de maior gravidade. Portanto, os resultados não indicam que o aborto legal seja intrinsecamente perigoso, mas sim que a sua prática no Brasil precisa de investimento para superar as barreiras de acesso e para garantir um procedimento célere e seguro, assegurar o direito à vida e à saúde das mulheres e prevenir mortes completamente evitáveis.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Sistemas de Informação em Saúde; Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos; Aborto legal; Saúde Reprodutiva

Aspectos éticos	
Esta pesquisa respeitou os princípios éticos, obtendo os seguintes dados de aprovação:	
Comitê de ética em pesquisa	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
Número do parecer	4.523.300
Data de aprovação	01/05/2015
Certificado de apresentação de apreciação ética	44121315.2.0000.5149
Registro do consentimento livre e esclarecido	Não se aplica

Introdução

A redução da mortalidade materna é uma prioridade global consolidada em marcos internacionais no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (1–5). Esse compromisso decorre de sua estreita relação com a proteção da vida das mulheres, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a autonomia sobre seus próprios corpos (1–5). Contudo, o Brasil enfrenta estagnação: a mortalidade materna permanece em torno de 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos desde o início dos anos 2000 (6,7), mantendo o país distante da meta de aproximadamente 30 óbitos por 100 mil até 2030. Nesse contexto, o aborto figura entre as principais causas de morte materna evitáveis, ocupando a sexta posição globalmente (6,8). Reconhecendo que essas mortes são preveníveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem enfatizado a importância de políticas que assegurem cuidados adequados em todas as situações de abortamento, incluindo induções voluntárias, perdas gestacionais espontâneas e cuidados pós-aborto (8–11). Estudo estadunidense demonstraram que o aborto, quando conduzido em contextos legais e seguros, apresenta baixíssima letalidade. Nesse país, entre 1988 e 2005, a letalidade do parto foi mais de 14 vezes a do aborto legal (8,8 mortes por 100 mil nascidos vivos versus 0,6 mortes por 100 mil abortos legais) (12). Embora a OMS ratifique esse entendimento, consolidando o aborto seguro como um procedimento de baixo risco (8,9,13,14) esse consenso não é absoluto na literatura global. Em outros contextos geográficos e metodológicos (15–17), observam-se letalidade superiores, influenciadas tanto pela inclusão de óbitos por causas externas (acidentes e violências) quanto pela forma de mensuração dos abortos.

No ordenamento jurídico brasileiro, o aborto é lícito em três situações: risco à vida da gestante, anencefalia fetal e gravidez decorrente de violência sexual (18,19). Apesar das garantias jurídicas, o acesso ao aborto legal permanece restrito e desigual no território nacional (20,21). Estima-se que apenas 48% das mulheres que buscaram o procedimento no SUS entre 2013 e 2015 conseguiram efetivá-lo (22), o que evidencia barreiras estruturais significativas. Dentre os principais entraves para a assistência estão a escassez de serviços habilitados — presentes em apenas 3,6% dos municípios em 2019 (23), e o estigma social e institucional associado ao tema. Esse estigma impacta tanto a oferta quanto o itinerário terapêutico das mulheres, distanciando-as do cuidado seguro (24).

Além disso, mesmo nos casos em que o atendimento é concretizado, observa-se a persistência de práticas assistenciais desatualizadas, como o uso rotineiro da curetagem uterina. Dados nacionais indicam que esse método foi utilizado em 99% dos procedimentos de aborto legal realizados no SUS entre 2000 e 2023 (25), em detrimento do padrão-ouro recomendado internacionalmente, com o uso de técnicas como a aspiração a vácuo e de misoprostol (em combinação ou não com mifepristona) (9,22). A permanência dessas práticas reflete um

conjunto de desafios, incluindo a falta de capacitação técnica, resistência institucional à adoção de tecnologias mais seguras e a precarização dos serviços, especialmente em contextos permeados por resistência social e política ao aborto (20–22).

Diante desse cenário e frente à carência de trabalhos que investiguem a letalidade do aborto legal no contexto do mundo real de um país do Sul Global, que enfrenta barreiras assistenciais substanciais na oferta desse serviço, este estudo teve como objetivo analisar a letalidade hospitalar do aborto legal no Brasil, comparando-a com a letalidade de outros tipos de aborto e do parto no âmbito do Sistema Único de Saúde, e investigar os fatores sociodemográficos, obstétricos e assistenciais associados ao óbito por aborto legal.

Métodos

Este é um estudo de coorte retrospectivo de base populacional no Brasil, com um período de 16 anos, de 2000 a 2015, baseado em dados secundários individualizados provenientes da Base Nacional de Saúde (BNS), que integra os registros dos sistemas de informação do SUS. Os registros de internação por aborto legal, outros abortos e partos foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e as informações sobre óbitos, do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados da BNS foram vinculados por meio de técnicas determinísticas e probabilísticas, possibilitando o seguimento longitudinal de indivíduos, preservando a confidencialidade (13).

O processo de vinculação da BNS, fundamental para a acurácia deste estudo, apresenta taxas gerais de erro estimadas em 3,3% para falsos positivos e 12,3% para falsos negativos (26). Na análise de letalidade obstétrica, assume-se que esses erros de classificação são não diferenciais, ou seja, afetam de forma uniforme os diferentes grupos de desfecho gestacional, o que confere validade às estimativas aqui apresentadas. Os falsos positivos ocorrem quando registros de pessoas distintas são erroneamente atribuídos a um mesmo indivíduo, o que pode superestimar artificialmente a letalidade, por exemplo, atribuindo um óbito a uma internação que não lhe pertence. Falsos negativos, por sua vez, ocorrem quando registros de uma mesma pessoa não são reconhecidos como pertencentes ao mesmo indivíduo, o que pode subestimar a letalidade — como quando um óbito materno não é conectado a internações por aborto ou parto que o precederam.

Foram incluídas todas as mulheres entre 10 e 49 anos (27,28) com registros de internação hospitalar no SUS por aborto legal, por outros tipos de aborto ou por parto, no período de recrutamento. O período de recrutamento foi de 1º de janeiro de 2000 a 19 de abril de 2015. Foram analisadas internações obstétricas por aborto legal, por outros abortos ou por partos. O acompanhamento (follow-up) ocorreu até 42 dias após o término da gestação ou até o registro de óbito.

A coorte inicial incluiu 19.319.320 mulheres. Foram excluídos 33.616 participantes devido a inconsistências temporais nos dados (registro de internações posteriores ao óbito) (26), resultando na coorte final de 19.285.704 mulheres, responsáveis por 25.895.330 internações obstétricas de interesse: 21.567 por aborto legal, 2.774.069 por outros tipos de aborto e 23.099.694 por parto. Incluiu-se toda a população brasileira elegível no período; portanto, trata-se de um estudo de caráter censitário.

O desfecho foi morte materna, definida como óbito durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, por decorrência de qualquer condição relacionada (causas diretas) ou agravada pela gestação (causas indiretas), excluindo as causas acidentais ou incidentais (mortes não obstétricas) (29). Para operacionalizar essa definição, observou-se a ocorrência de óbito no período de até 42 dias de seguimento da coorte, subsequentes à internação obstétrica, por meio da averiguação do preenchimento do campo “data do óbito” da BNS. A distinção entre eventos (mortes maternas) e censuras por mortes não obstétricas baseou-se na avaliação da causa básica de morte registrada pelo CID-10 (28,30,31). Foram considerados eventos de interesse os óbitos cuja causa básica pertencia ao Capítulo XV da CID-10 (exceto O96 e O97, referentes a mortes tardias, fora do puerpério de 42 dias), bem como determinados códigos de outros capítulos reconhecidos como relacionados à morte materna: A34, B20–B24, D39.2, E23.0, F53 e M83.0 (28,30,31).

A classificação das mortes maternas, diretas ou indiretas, seguiu a natureza da causa básica, conforme a classificação da OMS (27,28,31). As mortes maternas diretas incluem aquelas resultantes de complicações obstétricas, intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos decorrente dessas causas, identificadas pelos códigos O00–O08, O11–O23, O24.4, O26–O92, A34, D39.2, E23.0, F53 e M83.0 (27,28,31). As mortes maternas indiretas corresponderam a doenças pré-existentes ou surgidas durante a gestação, não decorrentes diretamente dela, mas agravadas por seus efeitos fisiológicos, identificadas pelos códigos O10, O24 (exceto O24.4), O25, O98–O99 e B20–B24 (27,28,31).

A variável de tipo de encerramento da gestação foi estratificada em três categorias mutuamente exclusivas, com base nos diagnósticos principais ou secundários (CID-10) da internação: aborto legal (O04); outros tipos de aborto (O00–O03 ou O05–O08); e parto (O80–O84) (31). Tendo em vista a possibilidade de que uma mesma gestação gere registro de múltiplas internações, adicionalmente, para garantir que cada evento fosse contado como um único episódio gestacional e evitar supra-registros, aplicou-se uma estratégia de agrupamento por ciclo: internações subsequentes em até 28 dias do evento inicial foram agrupadas como um só episódio, utilizando o ciclo menstrual médio da mulher como critério biológico para definir a possibilidade de um novo episódio gestacional.

Para evitar má classificação e dupla contagem, em um mesmo evento, adotou-se a estratégia de exclusão cruzada (abortos legais excluindo outros abortos e partos; outros abortos excluindo partos), priorizando categorias menos frequentes para preservar a acurácia de eventos mais raros, ainda que com possível subestimação dos eventos mais comuns.

A letalidade materna hospitalar foi calculada como o número de óbitos maternos por 100.000 internações. Intervalos de confiança não foram estimados por se tratar de um estudo de abrangência populacional. A comparação da proporção de óbitos entre os grupos obstétricos (aborto legal, aborto por outras causas e parto) foi realizada por meio do teste de independência do qui-quadrado. Variações temporais foram avaliadas em quadriênios: 2000–2003, 2004–2007, 2008–2011 e 2012–2015 (Figura 1). As proporções de mortes maternas diretas e indiretas foram comparadas, utilizando o teste de Fisher, adequado para situações com frequências esperadas inferiores a 5. Para as análises das Figura 1 adotou-se um nível de significância de $p < 0,05$.

O processamento e a extração dos dados da base foram realizados em SQL, no ambiente do DBeaver, versão 25.11. As análises estatísticas foram conduzidas no RStudio.

A composição dos grupos obstétricos (aborto legal, outros abortos e partos) foi apresentada na Tabela 1, segundo faixa etária (10–34 e 35–49 anos), raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena e não declarada), região de residência, risco gestacional, partos prévios observados no período (0 ou ≥ 1) e ocorrência de internação no mesmo município de residência. As diferenças nas distribuições das variáveis entre os grupos foram avaliadas por meio do teste do qui-quadrado globalmente entre os três grupos.

Para qualificar os óbitos maternos pós-aborto legal, considerando a relevância de compreender o fenômeno e as limitações analíticas decorrentes do pequeno número absoluto de eventos na coorte, realizou-se a descrição detalhada da trajetória dessas mulheres no SUS (Quadro 1). A trajetória clínica de cada mulher foi reconstituída individualmente a partir dos registros da BNS. Mais do que apenas tabular dados, essa metodologia buscou elucidar as especificidades de cada caso, permitindo compreender a natureza do aborto e as circunstâncias que envolveram o óbito, conferindo profundidade qualitativa aos registros encontrados. As variáveis sociodemográficas incluídas neste histórico obstétrico foram: idade, raça/cor, município, unidade federativa de residência e local de internação. As variáveis obstétricas abrangeram, tempo de internação e necessidade de cuidados intensivos, local da internação, histórico clínico, tempo até o óbito, cadeia causal do óbito e tipo de procedimento solicitado e realizado.

O estudo que viabilizou a análise (construção da BNS) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (parecer nº 4.523.300, de 01/05/2015; CAAE 44121315.2.0000.5149). A coleta de dados dispensou o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por tratar-se de estudo baseado em dados secundários.

Resultados

A letalidade hospitalar foi de 46,4 óbitos por 100 mil internações por aborto legal (n=10 óbitos maternos), 17,3 por outros abortos (n=479) e 16,6 por partos (n=3.840) ($p < 0,001$). A letalidade do aborto legal foi superior em todos os quadriênios (Figura 1). A distribuição das causas de morte materna diferiu estatisticamente entre os grupos obstétricos ($p < 0,001$). No grupo pós-aborto legal e outros abortos, houve uma predominância maior de óbitos maternos por causas diretas (90,0%, n=9, e 86,2%, n=413, respectivamente). Entre partos, embora ainda predominem causas diretas, a proporção foi menor (78,1%, n=2.998).

Observou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição das variáveis entre os grupos ($p < 0,001$), indicando perfis distintos. Em todos os grupos, a maioria dos eventos ocorreu entre mulheres com idade entre 10 e 34 anos. Dos abortos legais, 48,63% ocorreram na Região Sudeste, proporção superior à observada entre os partos (34,55%) e outros abortos (38,90%). A proporção de alto risco aproximou-se de 50% nos três grupos analisados. Enquanto os grupos de "partos" e "outros abortos" apresentaram leve predominância de risco habitual (57,22% e 52,63%, respectivamente), o grupo de abortos legais concentrou a maioria dos casos em alto risco (54,89%). Observou-se elevada proporção de registros com informação ausente para a variável raça/cor, superior a 50% em todos os grupos (Tabela 1).

Entre os óbitos por aborto legal, as idades variaram de 20 a 42 anos. A maioria das mulheres era preta ou parda (6/8 com dado disponível) e residia em municípios de médio ou grande porte (7/10), incluindo quatro capitais e três polos regionais. A curetagem foi o procedimento

predominante (8/10). A paridade registrada na BNS indica que cinco mulheres não possuíam gestações prévias e quatro possuíam uma única gestação anterior.

Os casos evidenciaram perfis críticos: três envolveram patologias preexistentes (Casos 5, 8 e 9); cinco internações ocorreram em estado crítico na admissão (Casos 1, 2, 3, 7 e 10); e três apresentaram indícios de aborto tardio (segunda metade da gestação) (Casos 1, 8 e 10). Em sete dos dez casos analisados, houve rápida evolução para o óbito (até três dias após a admissão) (Quadro 1).

O Caso 5 exemplifica as internações críticas associadas a morbididades: mulher de 22 anos, com indícios de diagnóstico prévio de Hipertensão Pulmonar Primária (HPP), interna para aborto legal. No entanto, apesar da interrupção, a insuficiência cardíaca gera o óbito após sete dias de internação. No caso 9, a mulher de 35 anos é admitida em hospital quaternário, para tratamento de infecção bacteriana e aborto legal. O histórico sugere diagnóstico de HIV em 2009. Entre 2010 e 2012 há um longo hiato sem registros de Carga Viral (CV)², com a nova coleta ocorrendo apenas em 2012, no dia na internação por aborto legal. Essa internação inicialmente se dá para tratamento de infecção bacteriana com embolia. Durante a internação há mudança de procedimento para curetagem, indicativo de tentativa de controle de foco infeccioso, que não foi suficiente para deter a progressão da septicemia para óbito (Quadro 1).

A gravidade do estado clínico na chegada ao hospital é exemplificada pelo Caso 3: uma mulher de 20 anos cuja internação para curetagem, motivada por aborto legal complicado, evoluiu rapidamente para choque hemorrágico e óbito em apenas três dias. Tal desfecho evidencia que a instabilidade hemodinâmica já estava instalada no momento da admissão (Quadro 1). Nos casos classificados como abortos tardios, a progressão da gravidez para além das 20 semanas foi depreendida não pelo registro direto da idade gestacional, mas pela via de esvaziamento utilizada (como parto ou cesariana) e por complicações típicas da segunda metade da gestação, a exemplo do Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e da Embolia Amniótica. O Caso 1 ilustra esse perfil: admitida sob o diagnóstico de aborto legal infectado, a via cesariana e a ocorrência de DPP, com evolução para óbito no mesmo dia, reforçam a hipótese de uma gestação acima de 20 semanas em vigência de instabilidade clínica crítica, exigindo resolução imediata. Nesses episódios, o termo “aborto legal” parece funcionar menos como uma descrição clínica precisa e mais como um enquadramento normativo para viabilizar o manejo de uma gestação já inviável em um cenário de instabilidade hemodinâmica severa. No próprio Caso 1, a hipótese de infecção registrada pode ter sido, na verdade, precipitada pela gravidade da instabilidade hemodinâmica na admissão, e não a causa primária do evento (Quadro 1).

Outro padrão envolve complicações infecciosas ou manipulações prolongadas. No caso 6, uma mulher de 32 anos, múltipara (parto aos 23 anos, 24 anos e 25 anos), é internada em Franca (SP), em dezembro/2010 para curetagem de aborto legal. A internação prolongada de quatro dias levanta hipóteses de etapa prévia de indução medicamentosa difícil, ou complicações

² Procedimento Ambulatorial de Alto Custo (APAC) para quantificação de RNA do HIV-1 (02.02.03.107-1)

inerentes à curetagem. O óbito ocorreu nove dias após a alta por septicemia pós-aborto, sugerindo infecção secundária à manipulação uterina, contaminação hospitalar ou, ainda, quadro de aborto induzido previamente em ambiente insalubre. Na ausência de comorbidades registradas, o permissivo humanitário (estupro) surge como a hipótese mais provável. No caso 7, mulher de 31 anos, admitida em janeiro/2011 em Salvador (BA) para curetagem com quadro de aborto legal incompleto infectado e já é admitida na UTI no mesmo dia. A gravidade do quadro séptico já na admissão e a necessidade imediata de suporte intensivo evidenciam o risco de vida instalado, com o óbito em apenas dois dias devido à evolução do quadro infeccioso refratária ao tratamento ministrado.

Discussão

A letalidade hospitalar após aborto legal apresentou-se superior à observada nos grupos de comparação durante o período analisado (Figura 1) Embora esse achado contraste, à primeira vista, com o consenso da OMS sobre a segurança do procedimento em condições adequadas (12,32), ele converge com evidências de outros estudos internacionais. Especificamente nos contextos da Finlândia e de Bangladesh (15–17), também foram identificadas letalidades superiores para o aborto legal em relação aos partos, o que reforça que este não é um fenômeno isolado ou assistemático. Contudo, esses dados devem ser interpretados com cautela. Primeiramente, há de se considerar o pequeno número absoluto de óbitos pós-aborto legal (10 casos) e a disparidade de magnitude entre os grupos (milhões de partos versus milhares de abortos legais). Sobretudo, essa maior letalidade deve ser contextualizada pela natureza dos casos atendidos: no Brasil, o aborto legal é frequentemente realizado em situações de grave risco à vida da gestante, o que seleciona uma população com saúde já severamente comprometida.

Portanto, esse resultado não implica uma causalidade direta do procedimento, mas funciona como um marcador sentinela de gravidade clínica, falhas assistenciais e vulnerabilidades sociais. A avaliação detalhada dos casos fatais sugere que o desfecho negativo não decorre do método abortivo em si, mas do cenário de elevada gravidade clínica em que é realizado, caracterizado por evoluções rápidas e chances limitadas de reversão do quadro.

Visto que o risco à vida materna é um dos permissivos legais para o aborto no país (18), é esperado encontrar quadros de maior gravidade clínica nesses registros. Entretanto, o número de casos de alto risco registrado mostra-se discrepante com a realidade clínica esperada, o que sugere uma possível inconsistência nos dados. Tal fenômeno pode decorrer do faturamento diferenciado das AIH para gestações de alto risco. Apesar dessa ressalva nos registros, o perfil dos óbitos confirma a severidade clínica antecipada: os casos fatais representam um subconjunto de rápida deterioração, visto que, em 7 dos 10 óbitos, o desfecho ocorreu em até três dias após a admissão. A rapidez da deterioração observada sugere que o sistema de saúde absorveu esses casos quando o limiar da reversibilidade já tinha sido ultrapassado.

A predominância de causas diretas entre os óbitos pós-aborto (em proporção superior à observada após partos) reforça a hipótese de falhas assistenciais, uma vez que tais causas se relacionam ao manejo da gestação e de suas complicações. Além disso, o enquadramento como "aborto legal" em situações de gravidade emergente (Casos 1, 2, 3, 7, e 10) e casos com patologias prévias (Casos 5, 8, e 9) sugere que o permissivo de risco de vida é acionado tardiamente (Quadro 1).

No caso 1, o registro de "aborto legal" pode refletir uma tentativa de enquadramento normativo para uma interrupção de emergência, a despeito da situação fetal, em face da instabilidade materna crítica – via alta diante de DPP. De forma análoga, nos casos 2 e 3, a evolução fulminante por choque hemorrágico sugere que o permissivo de risco de vida foi acionado quando a complicação (hemorragia/infecção) já estava instalada de forma severa, mas a evolução para óbito revela que a interrupção ocorreu aqui fora na janela de compensação hemodinâmica (Quadro 1).

A presença de morbidades graves e indícios de abortos tardios aponta para intervenções realizadas fora da janela de maior benefício clínico. As patologias preexistentes (Cardiopatía no caso 5, Cirrose no caso 8 e HIV no caso 9) demonstram como a gestação pode descompensar reservas funcionais limitadas. A interrupção gestacional pode ser medida de salvaguarda, mas nestes cenários específicos, o óbito revela que a intervenção ocorreu fora da janela de oportunidade de compensação. No Caso 9, o provável abandono de tratamento antirretroviral — evidenciado pelo longo hiato sem registros de CV entre 2010 e 2012, pode ter gerado vulnerabilidade a processos infecciosos, tornando a septicemia um desfecho refratário mesmo sob cuidados intensivos. Os indícios de abortos legais realizados na segunda metade da gestação (Casos 1, 8 e 10) — evidenciados por métodos como parto normal ou cesariana e desfechos como embolia amniótica. O Caso 10 exemplifica: o registro de procedimento de parto normal em um aborto legal com embolia indica grave complicação clónica exigindo interrupção por risco materno. É possível inclusive pela cadeia causal do óbito que a gravidade clínica envolvesse hemorragia.

A concentração espacial desses óbitos em polos especializados não indica insegurança desses serviços, mas sim a centralização regional do atendimento ao aborto legal e a dificuldade de acesso em territórios com menor capacidade instalada, onde a demanda reprimida sequer consegue recorrer ao procedimento que lhe é de direito (23). Projetamos mais de 57 mil gestações anuais decorrentes de estupro - 7,1% dos estupros notificados no SINAN resultaram em gravidez (2011) (37) e houveram pelo menos 822 mil casos de estupro por ano no Brasil (2019) (20). Embora essa estimativa envolva diferentes fontes e períodos, ela permite concluir que a oferta é notoriamente insuficiente diante da demanda reprimida (23): em todos os 15 anos de abrangência deste estudo, com dados nacionais de internações, registrou-se apenas pouco mais de 20 mil casos de aborto legal. Embora os resultados não permitam inferir diretamente sobre atrasos no percurso assistencial, a descrição dos casos fatais sugere que o acesso ao procedimento ocorreu frequentemente apenas quando o quadro se torna gravíssimo (Caso 5) ou em estágios avançados da gestação (Casos 1 e 10), transformando o que deveria ser um procedimento de saúde preventivo em uma intervenção de resgate de alta letalidade.

O delineamento retrospectivo com dados secundários do SIH/SUS impõe limitações, notadamente a variabilidade na acurácia, dada a ausência de protocolo específico para coleta de dados. Para utilizar as internações como proxy (estimativa) de gestações, unificaram-se internações sucessivas de uma mesma mulher em até 28 dias, reduzindo duplicações de gestações. Apesar disso, o denominador pode permanecer inflado, pois reinternações que ultrapassam esse intervalo continuam sendo computadas como novos eventos. A classificação dos grupos com base nos diagnósticos da AIH pode subnotificar gestações encerradas caso o diagnóstico principal priorize uma condição clínica primária que levou à internação, em detrimento do desfecho obstétrico (ex.: condições maternas graves, como síndromes hipertensivas, hiperêmese, infecções/sepse, incompetência do istmo cervical ou causas fetais).

No entanto, considera-se que o impacto metodológico desses vieses é pequeno diante do volume total de internações. A BNS tem registros de 2000 a 2015, portanto, os casos com registro de óbito mais próximos a 2000 tiveram menos registros de passado clínico. Os casos de óbito mais próximo a 2015 tiveram mais registro clínico por terem tido um seguimento temporal maior.

A falta de variáveis clínicas importantes, como gravidade, morbidades, idade gestacional e permissivo legal do aborto, restringe o controle de fatores de confusão. Ainda que com essa limitação, é razoável assumir que abortos legais que demandam parto ou cesárea correspondem a gestações mais avançadas. Além disso, a subnotificação de abortos e partos que não geraram internação no SUS, especialmente no grupo de abortos em outras circunstâncias (que inclui casos espontâneos ou induzidos precocemente com medicação de baixa complexidade em ambiente extrahospitalar), pode elevar artificialmente a letalidade observada nesse grupo. O estudo priorizou, contudo, a acurácia na identificação dos abortos legais, foco principal, aceitando a possível perda de sensibilidade na classificação dos demais grupos. A limitação da análise a 2015 deve-se exclusivamente à indisponibilidade de dados posteriores na versão atual da BNS. Dada a estabilidade da razão de mortalidade materna brasileira além de 2015 (quando se encerram os dados da versão atual da BNS), no período entre 2000 e 2021 (6), não se esperam mudanças substanciais com atualizações de dados.

A persistência de maior letalidade hospitalar após abortos legais impõe ao sistema de saúde a necessidade de uma resposta multifacetada, orientada a garantir que o direito já previsto em lei se traduza em acesso efetivo, seguro e oportuno, minimizando a morbimortalidade associada. Essa expansão deve ser acompanhada da elaboração de fluxos assistenciais padronizados e da descentralização da oferta do procedimento, a fim de reduzir atrasos no cuidado. No Brasil, o acesso ao aborto legal ainda é marcado por barreiras estruturais e pela insuficiência de serviços diante da demanda reprimida por gestações decorrentes de violência sexual (22,23,37). Ademais, a concentração desses serviços em grandes centros (23) resulta em atrasos no cuidado que contribuem para o acesso em estágios mais avançados da gestação e, por vezes, para a inviabilização do exercício do direito (22,36). Assim, políticas assistenciais devem priorizar a redução dessas desigualdades regionais, com estratégias que incluam a habilitação de serviços em diferentes níveis de atenção e o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada, garantindo acolhimento qualificado e encaminhamento ágil. Barreiras interpessoais também emergem como entraves significativos à qualidade do cuidado. O preconceito e os julgamentos morais nos serviços podem impactar, traduzindo-se em atrasos deliberados, omissões ou na adoção de condutas clínicas inadequadas (38). A qualificação permanente das equipes para um atendimento empático e sem julgamentos, aliada a mecanismos que impeçam a distorção da prerrogativa individual de objeção de consciência como barreira coletiva de acesso, é fundamental para assegurar a integralidade do cuidado. Em síntese, a reorganização dos serviços deve priorizar trajetórias assistenciais resolutivas, substituindo percursos marcados por peregrinação entre serviços, entraves burocráticos e ausência de suporte social adequado (que, na prática, funcionam como descaso a essas mulheres e como punição administrativa) por fluxos alinhados à urgência clínica e à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Referências

1. United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action. In New York: UN Women Headquarters Office; 1995 [cited 2025 Oct 1]. p. 269. Available from: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>

2. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2025 Sept 22]. Available from: <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2015/en/111816>
3. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2023 Aug 7 [cited 2024 June 13];39. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zkhZSJfQRygCcHpywLpKmGp/?lang=pt>
4. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994). New York: United Nations; 1994 Sept.
5. Vienna Declaration and Programme of Action. In [cited 2025 Sept 22]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study [Internet]. Seattle, WA: IHME; 2024 [cited 2025 Mar 14]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
7. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021 Oct 25 [cited 2024 May 31];26:4397–409. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjK3DDSH6B8c5X3TNsKy/>
8. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 [Internet]. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2024 May 31]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44529>
9. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline [Internet]. Geneva: World Health Organization, Human Reproduction Programme; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039483>
10. Giugliani C. Aborto seguro e legal. In: Ximendes AMC, Reis C dos, Oliveira RW de, editors. *Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias* [Internet]. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul; 2013 [cited 2024 July 19]. Available from: <http://www.crprs.org.br/publicacoes/entre-garantia-de-direitos-e-praticas-libertarias>
11. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*. 2007;370.
12. Raymond EG, Grimes DA. The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States: *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2012 Feb [cited 2025 Jan 28];119(2). Available from: <http://journals.lww.com/00006250-201202000-00003>

13. World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 Jan [cited 2024 May 31] p. 205–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/pdf/Bookshelf_NBK138196.pdf
14. World Health Organization (WHO). Preventing unsafe abortion to reduce maternal mortality [Internet]. World Health Organization; 2013 [cited 2024 June 4]. Report No.: SEA-MCH-265. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/205639>
15. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987–2000. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Feb 1 [cited 2025 May 21];190(2):422–7. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)01136-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)01136-0/fulltext)
16. Karalis E, Ulander VM, Tapper AM, Gissler M. Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high: a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001–2012. *BJOG* [Internet]. 2016 Dec 28 [cited 2025 Sept 23];124(7):115–1121. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.14484>
17. Hurt L, Alam N, Dieltiens G, Aktar N, Ronsmans C. Duration and magnitude of mortality after pregnancy in rural Bangladesh. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2008 Apr [cited 2025 Sept 23];37:397–404. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18276635/>
18. Brasil. Código Penal [Internet]. Brasília; 1940 Dec [cited 2024 May 31]. Report No.: 2.848. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
19. Brasil, Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 [Internet]. Brasília; 2012 Apr [cited 2024 June 1]. Report No.: 54. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>
20. Ferreira H, Coelho DSC, Cerqueira DRDC, Alves P, Semente M. Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2023 May [cited 2024 Sept 2]. (Texto para Discussão). Report No.: 2880. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/4/TD_2880_web.pdf
21. Uliana MD, Marin DFD, Silva MBD, Giugliani C, Iser BPM. Internações por aborto no Brasil, 2008–2018: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 31];31(1):e2021341. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222022000100301&tlng=pt
22. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2016 Feb [cited 2024 May 31];21(2):563–72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200563&lng=pt&tlng=pt

23. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 31];37(12):e00085321. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001205009&tlng=pt
24. Giugliani C, Ruschel AE, Patuzzi GC, Silva MCB da. *Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2021. 136 p.
25. Brasil, Ministério da Saúde, DataSUS. *Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS* [Internet]. Brasília: DataSUS; 2000-2015 [cited 2025 May 9]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
26. Guerra Júnior AA, Pereira RG, Gurgel EI, Cherchiglia M, Dias LV, Ávila J, et al. Building the National Database of Health Centred on the Individual: Administrative and Epidemiological Record Linkage - Brazil, 2000-2015. *IJPDS* [Internet]. 2018 Nov 14 [cited 2024 May 31];3(1). Available from: <https://ijpds.org/article/view/446>
27. Brasil. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna* [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2024 July 20]. 104 p. (A. Normas e Manuais Técnicos). Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-dos-comites-de-mortalidade-materna/>
28. Brasil. *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos* [Internet]. Brasília: DataSUS; 2019 Dec [cited 2025 June 15]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Ob_Mu_Id_Fertil_Mat_1996_2012.pdf
29. World Health Organization (WHO). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: EDUSP; 2011.
30. Brasil. Portaria nº 1.172 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 June [cited 2024 July 20]. Report No.: 1.172. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html
31. World Health Organization (WHO). *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2025 Aug 15]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/70929>
32. World Health Organization (WHO). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 June 8]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240068759>
33. Pestvenidze E, Lomia N, Berdzuli N, Umikashvili L, Antelava T, Stray-Pedersen B. Effects of gestational age and the mode of surgical abortion on postabortion hemorrhage and fever: evidence from population-based reproductive health survey in Georgia. *BMC*

- Womens Health [Internet]. 2017 Dec 28 [cited 2025 Oct 28];17:136. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5745785/>
34. Ventura M. Direitos Reprodutivos No Brasil [Internet]. 3rd ed. São Paulo: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2009 [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://www.amazon.com.br/Direitos-Reprodutivos-Brasil-Miriam-Ventura/dp/8598579084>
 35. Rader B, Upadhyay UD, Sehgal NKR, Reis BYR, Brownstein JS, Hswen Y. Estimated Travel Time and Spatial Access to Abortion Facilities in the US Before and After the Dobbs v Jackson Women’s Health Decision. JAMA Network Open [Internet]. 2022 [cited 2025 Sept 19];2041–7. Available from: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(19\)30367-1/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(19)30367-1/abstract)
 36. Ruschel AE, Machado FV, Giugliani C, Knauth DR. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022 [cited 2024 June 1];38(10):e00105022. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2022001005010&tlng=pt
 37. Cerqueira D, Coelho DSC, Alves A. Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde [Internet]. [Brasília]: IPEA; 2014. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5780/1/NT_n11_Estupro-Brasil-radiografia_Diest_2014-mar.pdf
 38. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal MDC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2024 May 31];36(suppl 1):e00189718. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302001&tlng=pt

Tabelas e figuras

Figura 1. Letalidade materna hospitalar (óbitos maternos/100.000 internações), segundo período e grupo obstétrico. Brasil, 2000-2015 (n= 25.895.330)

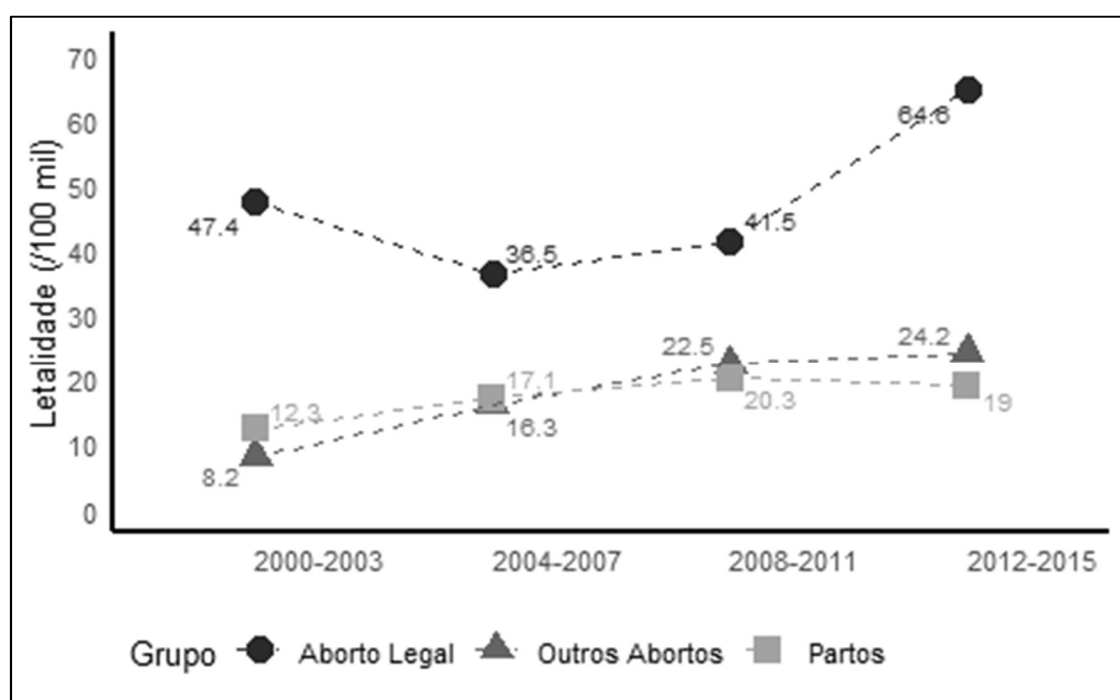


Tabela 1. Características de mulheres internadas por aborto legal, outros tipos de aborto e parto. Brasil, 2000–2015 (n=25.895.330)

Variáveis	Abortos Legais		Outros Abortos		Partos		p-valor
	n=21.567	(%)	n=2.774.069	(%)	n=23.099.694	(%)	
Faixa etária (em anos)							<0,001
10-34	18.169	84,24	2.331.913	84,06	21.266.200	92,06	
35-49	3.398	15,76	442.156	15,94	1.833.494	7,94	
Raça/cor							<0,001
Branca	4.598	21,32	473.435	17,07	3.619.815	15,67	
Preta	506	2,35	58.618	2,11	470.903	2,04	
Parda	5.432	25,19	759.886	27,39	5.996.030	25,96	
Amarela	72	0,33	11962	0,43	90437	0,39	
Indígena	32	0,15	4212	0,15	59863	0,26	
Não declarada	10927	50,67	1465956	52,84	12862646	55,68	
Região							<0,001
Norte	1.636	7,59	275.425	9,93	2.588.319	11,20	
Nordeste	5.289	24,52	940.075	33,89	7.734.960	33,49	
Sudeste	10.488	48,63	1.079.218	38,90	7.980.878	34,55	
Sul	3.146	14,59	287.329	10,36	3.055.033	13,23	
Centro-Oeste	1.008	4,67	192.022	6,92	1.740.504	7,53	
Risco gestacional							<0,001
Risco habitual	9.729	45,11	1.459.883	52,63	13.218.571	57,22	
Alto risco	11.838	54,89	1.314.186	47,37	9.881.123	42,78	
Nº partos anteriores¹							<0,001
0	16.646	77,18	2.141.229	77,19	17.782.087	76,98	
≥1	4.921	22,82	632.840	22,81	5.317.607	23,02	
Internou no mesmo município de residência							<0,001
Sim	17.033	78,98	2.182.592	78,68	18.002.918	77,94	
Não	4.534	21,02	591.477	21,32	5.096.776	22,06	

Nota: ¹Os partos considerados referem-se apenas ao período de 2000–2015.

Quadro 1. Trajetórias clínicas das mulheres com desfecho de óbito materno pós aborto legal. Brasil, 2000-2015 (n=10)

Caso	Idade e Raça/Cor	Admissão (Mês/Ano e Local)	Condição na admissão e Antecedentes Clínicos	Procedimento	Evolução e Sobrevida	Cadeia Causal do Óbito	Classificação do Quadro
1	35 anos -	Mai/2001 Santarém (PA)	Ab.L. infectado +Aborto Tardio; Sem antecedentes	Cesariana	DPP; Hemorragia; Óbito em <1 dia	DPP → Inércia uterina → Choque hipovolêmico	Crítico na admissão
2	25 anos -	Jul/2001 Montes Claros (MG)	Ab.L. incompleto; Ameaça de aborto prévia	Curetagem	Infecção; Hemorragia; Óbito em 1 dia	Aborto com complicações infecciosas → Hemorragia aguda → CIVD	Crítico na admissão
3	20 anos Preta	Set/2006 Vacaria (RS)	Ab.L. complicado; Sem antecedentes	Curetagem	Hemorragia; UTI (2 dias); Óbito em 3 dias	Aborto, complicado por hemorragia → Choque hipovolêmico	Crítico na admissão
4	33 anos Branca	Fev/2007 Rio de Janeiro (RJ)	Ab.L. incompleto; Sem antecedentes	Curetagem	Ectópica; Hemorragia; Óbito em 1 dia	Gravidez tubária → CIVD → Choque hipovolêmico	Complicação posterior
5	22 anos Branca	Jun/2008 Ribeirão Preto (SP)	Ab.L.; HPP preexistente	Curetagem	ICC; UTI (2 dias); Óbito em 7 dias	Cardiomegalia → D. Circ. na gravidez → Insuficiência cardíaca	Crítico por doença preexistente
6	32 anos; Parda	Dez/2010 Franca (SP)	Ab.L.; Multiparidade	Curetagem	Internação Prolongada; Infecção; Óbito em 9 dias	Aborto → DIP → Septicemia	Complicação posterior
7	31 anos; Parda	Jan/2011 Salvador (BA)	Ab.L. incompleto infectado; Sem antecedentes	Curetagem	Infecção; UTI (2dias); Óbito em 2 dias	Aborto → Septicemia	Crítico na admissão

Caso	Idade e Raça/Cor	Admissão (Mês/Ano e Local)	Condição na admissão e Antecedentes Clínicos	Procedimento	Evolução e Sobrevida	Cadeia Causal do Óbito	Classificação do Quadro
8	42 anos; Preta	Set/2012 Viçosa (MG) ²	Ab.L. incompleto +Aborto Tardio; Cirrose biliar preexistente	Clínico → ² Curetagem	Embolia de líquido amniótico; UTI (3 dias); Óbito em 3 dias	Aborto incompleto complicado → Embolia do líquido amniótico → Choque cardiogênico	Crítico por doença preexistente/ Complicação posterior
9	35 anos; Preta	Dez/2012 Belo Horizonte	Ab.L. com embolia; HIV preexistente	Tto infecção bacteriana → ² Curetagem	Infecção; UTI (5 dias); Óbito em 6 dias	Aborto com complicação infecciosa → Septicemia	Crítico por doença preexistente
10	34 anos; Parda	Dez/2014 São Luís (MA)	Ab.L. com embolia +Aborto Tardio; Sem antecedentes	Parto	Hemorragia; Óbito em 2 dias	Aborto, complicado por hemorragia → Choque hipovolêmico	Crítico na admissão

Notas: ¹ Caso 8: Residia a uma distância de 70 km do município de internação (Porto Firme → Viçosa); ² Casos 8 e 9: Mudança de procedimento durante a internação; Siglas: D. Circ. na gravidez: Doença Circulatória na Gravidez; Ab.L.: Aborto Legal; DPP: Descolamento Prematuro da Placenta; UTI: Unidade de Tratamento Intensivo; HPP: Hipertensão Pulmonar Primária; CIVD: Coagulopatia por consumo; DIP: Doença inflamatória pélvica do útero; Tto: tratamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a letalidade do aborto legal, de outros tipos de aborto e do parto na rede pública de saúde. A hipótese inicial, fundamentada majoritariamente na literatura estadunidense, previa que o aborto legal seria mais seguro do que o parto. No entanto, os resultados obtidos indicaram maior letalidade para o aborto legal na coorte analisada. Esse achado diverge do padrão norte-americano, mas converge com evidências de países como Finlândia e Bangladesh. Essa concordância sugere que, em contextos onde a análise se baseia estritamente em registros institucionais ou administrativos — sem a aplicação de fatores de correção como no estudo dos EUA —, o perfil de letalidade observado tende a ser distinto.

É fundamental reiterar que este achado não indica que o aborto legal seja intrinsecamente arriscado. Pelo contrário, a análise qualitativa dos óbitos revelou que a letalidade é um marcador da gravidade clínica. A gravidade clínica observada na admissão e a rapidez da deterioração (7/10 óbitos em até três dias) evidenciam que o sistema de saúde absorveu essas mulheres quando o limiar de reversibilidade já havia sido ultrapassado.

O acesso tardio adia a interrupção para idades gestacionais avançadas, o que é corroborado pelos indícios de abortos na segunda metade da gestação, onde o uso de métodos de maior complexidade, como a cesariana, deve ser compreendido como uma exceção condicionada a emergências obstétricas (como o DPP observado), e não como regra assistencial. Soma-se a isso a persistência de práticas desatualizadas, como a curetagem uterina, em detrimento de técnicas seguras recomendadas pela OMS, como a AMIU e o aborto medicamentoso.

A contribuição central deste estudo reside em fornecer estimativas nacionais inéditas sobre a segurança do aborto legal, fortalecendo a rede de atenção e políticas de saúde reprodutiva. O emprego de bases administrativas nacionais, como a BNS e o DataSUS, valoriza a produção de dados do SUS e reforça a importância de sua contínua qualificação, tanto para fins de gestão quanto para pesquisa em saúde pública.

Não obstante, é importante reconhecer limitações inerentes ao desenho de coorte retrospectiva com uso de dados secundários administrativos. Entre elas, destacam-se a subnotificação de abortos que podem ocorrer em ambientes extra-hospitalares (especialmente no grupo de “outros abortos”), possíveis erros de classificação por preenchimento inadequado

e vieses de informação relacionados a omissões de abortos induzidos. Ademais, o número absoluto reduzido de óbitos por aborto legal limita a precisão das estimativas e restringe análises mais detalhadas dos fatores associados.

Em síntese, os resultados evidenciam a necessidade de qualificar a assistência ao aborto legal no Brasil por meio da atualização de protocolos clínicos, da ampliação do acesso oportuno e da garantia de infraestrutura adequada nos serviços habilitados. Mais do que uma questão inerente ao procedimento, o que se coloca em evidência são as condições históricas, sociais e institucionais em que ele tem sido praticado no Brasil. Ao trazer elementos inéditos ao debate, este estudo oferece subsídios relevantes para a formulação de políticas públicas que assegurem maior segurança, efetividade e dignidade às mulheres em situação de aborto legal.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. World Conference on Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action [Internet]. New York: United Nations; 1993 Jun [cited 2025 Sep 22]. Report No. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>
2. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994) [Report]. New York: United Nations; 1994 Sep. Report No. Located at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/icpd_en.pdf
3. United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action [Internet]. New York: UN Women Headquarters Office; 1995 Oct [cited 2025 Oct 1]. Report No. Available from: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/01/beijing-declaration>
4. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2025 Sep 22]. Report No. Available from: <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2015/en/111816>
5. Adinma E. Unsafe Abortion and its Ethical, Sexual and Reproductive Rights Implications. *West Afr J Med* [Internet]. 2011 [cited 2024 Jun 13];30(4):245–9. Located at: Lagos; <https://www.ajol.info/index.php/wajm/article/view/77443>. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/wajm/article/view/77443>
6. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cad Saúde Pública*. 2023 Aug 7;39. doi:10.1590/0102-311XPT013923
7. Reis LG da C, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis*. 2011;21:1139–60. doi:10.1590/S0103-73312011000300020
8. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015 Dec;37(12):549–51. doi:10.1590/SO100-720320150005526
9. World Health Organization (WHO). Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA [Internet]. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2004. Report No. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmortality_2000.pdf
10. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study [Internet]. Seattle, WA: IHME; 2024 [cited 2025 Mar 14]. Report No. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
11. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 [Internet]. 6th ed. Geneva:

- World Health Organization; 2011 [cited 2024 May 31]. Report No. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44529>
12. Brasil, Ministério da Saúde, DataSUS. Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS [Internet]. Brasília: DataSUS; 2000 2015 [cited 2025 May 9]. Report No. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
 13. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. Report No. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039483>
 14. Giugliani C. Aborto seguro e legal. In: Ximendes AMC, Reis C dos, Oliveira RW de, editors. *Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias* [Internet]. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul; 2013 [cited 2024 Jul 19]. Available from: <http://www.crprs.org.br/publicacoes/entre-garantia-de-direitos-e-praticas-libertarias>
 15. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;370.
 16. Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Glob Health*. 2022 Mar 24;7(3). doi:10.1136/bmjgh-2021-007151 PubMed PMID: 10.1136/bmjgh-2021-007151.
 17. The Allan Guttmacher Institute. Guttmacher Data Center [Internet]. New York: AGI; 2025 [cited 2025 May 11]. Available from: <https://data.guttmacher.org/countries/table?country=BR&topics=402+403+405+407+409+320+319+382+404+400+408&dataset=data>
 18. Monteiro M, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). 2006 Jan 1.
 19. Marmion PJ, Skop I. Induced Abortion and the Increased Risk of Maternal Mortality. *Linacre Q*. 2020 Aug;87(3):302–10. doi:10.1177/0024363920922687 PubMed PMID: 32699440; PubMed Central PMCID: PMC7350112.
 20. Brasil. Código Penal [Decreto-Lei] [Internet]. Brasília; 1940 Dec [cited 2024 May 31]. Report No.: 2.848. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
 21. Brasil, Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 [ADPF] [Internet]. Brasília; 2012 Apr [cited 2024 Jun 1]. Report No.: 54. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>
 22. Ferreira H, Coelho DSC, Cerqueira DRDC, Alves P, Semente M. Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2023 May [cited 2024 Sep 2]. (Texto para Discussão). Report No.: 2880.

- Available from:
https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/4/TD_2880_web.pdf
23. Uliana MD, Marin DFD, Silva MBD, Giugliani C, Iser BPM. Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(1):e2021341. doi:10.1590/s1679-49742022000100017
 24. Giugliani C, Ruschel AE, Patuzzi GC, Silva MCB da. Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2021. 136 p.
 25. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Feb;21(2):563–72. doi:10.1590/1413-81232015212.10352015
 26. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2). doi:10.1097/AOG.0b013e31823fe923
 27. Guerra Júnior AA, Pereira RG, Gurgel EI, Cherchiglia M, Dias LV, Ávila J, et al. Building the National Database of Health Centred on the Individual: Administrative and Epidemiological Record Linkage - Brazil, 2000-2015. *IJPDS*. 2018 Nov 14;3(1). doi:10.23889/ijpds.v3i1.446
 28. Campbell OMR, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006 Oct 7;368(9543):1284–99. doi:10.1016/S0140-6736(06)69381-1 PubMed PMID: 17027735.
 29. Kale PL, Jorge MHP de M, Fonseca SC, Cascão AM, Silva KS da, Reis AC, et al. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 May;23:1577–90. doi:10.1590/1413-81232018235.18162016
 30. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Jun 8]. Report No. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240068759>
 31. Brasil. Guia De Vigilância Epidemiológica Do Óbito Materno. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 84 p. (A. Normas E Manuais Técnicos).
 32. Sáenz M del R, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica Mex*. 2011;53.
 33. Nota Técnica Conjunta nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS — Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2026 Mar 19]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-2272025-svsa-saps-saes-sesai-ms.pdf/view>

34. Laurenti R, Jorge M, Gotlieb S. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2008. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n4/v17n4a05.pdf>
35. Victora CG, Aquino EM, Do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May;377(9780):1863–76. doi:10.1016/S0140-6736(11)60138-4
36. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 [Portaria] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 Jun [cited 2024 Jul 20]. Report No.: 1.119. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html
37. Brasil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2024 Jul 20]. 104 p. (A. Normas e Manuais Técnicos). Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-dos-comites-de-mortalidade-materna/>
38. Abouzahr C, Mikkelsen L, Rampatige R, Lopez A. Mortality statistics: a tool to enhance understanding and improve quality. *Pac Health Dialog*. 2012 Apr;18(1):247–70. PubMed PMID: 23240364.
39. França EB, Ishitani LH, de Abreu DMX, Machado EL. As estatísticas e medidas de mortalidade em epidemiologia. 1st ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2024. 195 p.
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.989/2012 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2012 May [cited 2024 May 31]. p. 308–9. Report No. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1989>
41. Brasil. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014 [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 Apr [cited 2024 May 31]. Report No. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html
42. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:S25–32. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>
43. São Paulo. Portaria nº 692 [Portaria] [Internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 1989 Apr [cited 2025 May 10]. Report No.: 692. Available from: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/>
44. Colas OR, Neto JA, Rosas CF, Kater JR, Pereira IG. Aborto Legal por Estupro – Primeiro Programa Público do País. *Revista Bioética* [Internet]. 1994 [cited 2024 Jun 1];2(1):1. Available from: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/447
45. Rosas CF, Paro HBM da S. Nem Presa Nem Morta [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 24]. Serviço de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil. Available from: <https://nempresanemmorta.org/wp-content/uploads/2023/07/Artigo-Servicos-de-atencao-ao-aborto-previsto-em-lei.pdf>

46. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Redesaude*. 2000 Jan 1;22:16.
47. Brasil. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes - Norma Técnica [Norma Técnica] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Report No. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_tratamento_agravos_violencia_sexual_%20mulher_adolescentes_1999.pdf
48. Brasil. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. [Norma Técnica] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Report No. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0036.pdf>
49. Brasil. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Report No. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
50. Brasil. Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia.pdf
51. Brasil. Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: Perguntas e respostas para profissionais da saúde. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (F. Comunicação e Educação em Saúde).
52. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Editora MS; 2004. Report No.
53. Ventura M. Direitos Reprodutivos No Brasil [Internet]. 3rd ed. São Paulo: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2009 [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://www.amazon.com.br/Direitos-Reprodutivos-Brasil-Miriam-Ventura/dp/8598579084>
54. Brasil. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf
55. Brasil. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (A. Normas e Manuais Técnicos).
56. Brasil. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005 [Portaria] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 Sep [cited 2024 Jun 24]. Report No.: 1508. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html

57. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 [Internet]. Brasília: Presidência da República; [cited 2024 May 31]. Report No.: 12.015. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm
58. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad Saúde Pública*. 2021;37(12):e00085321. doi:10.1590/0102-311x00085321
59. Brasil. Portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014 [Internet]. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.; [cited 2025 Nov 17]. Report No. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html
60. Minas Gerais. Deliberação 3461 [Deliberação] [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde (SES); 2021 Jul [cited 2024 Jun 1]. Report No.: 3461. Available from: <https://www.pesquisalegislativa.mg.gov.br/LegislacaoCompleta.aspx?cod=196340&marc=>
61. Minas Gerais. Deliberação 4.289 [Deliberação CIB-SUS/MG] [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2023 Jul [cited 2024 Jun 1]. Report No.: 4289. Available from: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%204289%20-%20SUBPAS_SRAS_DAHUE%20-%20Valora%20Minas%202.0.pdf
62. Brasil. Portaria nº 415, de 21 de maio de 2014 [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 May [cited 2024 May 31]. Report No. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0415_21_05_2014.html
63. Brasil. Portaria nº 437, de 28 de maio de 2014 [Internet]. Ministério da Saúde; 2014 May [cited 2024 May 31]. Report No. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0437_28_05_2014.html
64. Brasil, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 478/2007 [Internet]. 2007 Mar 19. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>
65. Pinto TF. Aborto no Brasil atual: entre o direito e as políticas públicas - ProQuest. *Revista Brasileira de Políticas Públicas* [Internet]. 2013 Jun [cited 2025 Sep 16];3:13–24. Available from: <https://www.proquest.com/openview/1106840cd5d59687ff552e030dbe24a1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2031897>
66. Mortelaro PK, Cirelli JF, Narchi NZ, Campos EA de. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. *Saúde debate*. 2024 Apr 8;48:e8152. doi:<https://doi.org/10.1590/2358-289820241408152P>
67. Brasil. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro DE 2024 [Internet]. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.; [cited 2025 Nov 17]. Report No. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html

68. Brasil. NOTA TÉCNICA CONJUNTA N° 220/2024 [Internet]. DGCI/SAPS/MS DAHU/SAES/MS; 2024 [cited 2025 Nov 17]. Report No. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-220-2024-dgci-saps-ms-e-dahu-saes-ms.pdf>
69. Brasil. Portaria n° 2.282, de 27 de agosto de 2020 [Portaria] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro; 2020 Aug [cited 2024 Jun 24]. p. 359. Report No.: 2.282. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>
70. Brasil. Portaria n° 2.561, de 23 de setembro de 2020 [Internet]. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.; 2020 Sep [cited 2024 Jun 24]. Report No. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2561_24_09_2020.html
71. Brasil. Portaria n° 13, de 13 de janeiro de 2023 [Internet]. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.; 2023 Jan [cited 2024 Jun 24]. p. 32. Report No. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html
72. Silva HM. Reckoning with COVID-19 denial: Brazil’s exemplary model for global response. *World J Methodol.* 2024 Sep 20;14(3):92512. doi:10.5662/wjm.v14.i3.92512 PubMed PMID: 39310230; PubMed Central PMCID: PMC11230079.
73. CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_rev4-1.pdf [Internet]. [cited 2026 Mar 16]. Available from: https://cepedisa.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2024/01/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_rev4-1.pdf
74. Furlan L, Caramelli B. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. *Lancet Reg Health Am.* 2021 Oct 1;4:100089. doi:10.1016/j.lana.2021.100089 PubMed PMID: 34611650; PubMed Central PMCID: PMC8484817.
75. Machado Silva H. The Brazilian Scientific Denialism Through The American Journal of Medicine. *Am J Med.* 2021 Apr;134(4):415–6. doi:10.1016/j.amjmed.2021.01.003 PubMed PMID: 33561430; PubMed Central PMCID: PMC9745804.
76. PROCESSO-CONSULTA CFM N° 2 - 4_2020.pdf [Internet]. [cited 2026 Mar 16]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>
77. Santos-Pinto CDB, Miranda ES, Osorio-de-Castro CGS. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2021;37:e00348020. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00348020>
78. Medeiros HGDD, Araújo Júnior JLDACD. Os reflexos do bolsonarismo sobre políticas de saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos. *Trab Educ Saude.* 2024;22:e02811259. doi:10.1590/1981-7746-ojs2811

79. Pilecco FB, McCallum CA, Almeida M da CC de, Alves FJO, Rocha A dos S, Ortelan N, et al. Aborto e a pandemia da COVID-19: lições para América Latina. *Cad Saude Publica*. 2021. doi:10.1590/0102-311X00322320
80. Brasil. Nota Técnica Conjunta nº 2/2024-SAPS/SAES/MS [Internet]. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; 2024 Feb [cited 2024 Aug 2]. Report No. Available from: https://multimedia.gazetadopovo.com.br/media/docs/1709209133_sei-ms-0038246948-nota-te-cnica-conjunta.pdf
81. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.378, de 21 de março de 2024. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 Apr 3. p. 92. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2378>
82. Brasil, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1904/2024. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 May 17. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493>
83. Campanha Criança não é mãe! Carta compromisso: Criança não é mãe! [Internet]. 2024 [cited 2025 May 11]. Available from: <https://criancaoaemae.org.br/>
84. Myers C, Jones R, Upadhyay U. Predicted changes in abortion access and incidence in a post-Roe world. *Contraception*. 2019. doi:10.1016/j.contraception.2019.07.139
85. Rader B, Upadhyay UD, Sehgal NKR, Reis BYR, Brownstein JS, Hswen Y. Estimated Travel Time and Spatial Access to Abortion Facilities in the US Before and After the *Dobbs v Jackson Women's Health Decision*. *JAMA Network Open*. 2022;2041–7. doi:10.1001/jama.2022.20424
86. Zori G, Case S, Pyche C, Beckman L. The relationship between state-level abortion policy and maternal mortality in the United States: a scoping review. *Health Aff Sch*. 2025 Aug 14. doi:10.1093/haschl/qxaf146
87. International Classification of Diseases Eleventh Revision [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 May 31]. Report No. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
88. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Lavelanet AF. The impact of ‘grounds’ on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC Public Health*. 2022 May 10;22(1):936. doi:10.1186/s12889-022-13247-0
89. Lavelanet AF, Schlitt S, Johnson BR, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC International Health and Human Rights*. 2018 Dec 20;18(1):44. doi:10.1186/s12914-018-0183-1
90. Alves ES, Nascimento TC. Aborto terapêutico e Direito à vida: O dilema entre a manutenção da vida do ser maduro e a garantia de vida ao feto. *Jusbrasil* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 1];(Jusbrasil). Available from:

- <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/aborto-terapeutico-e-direito-a-vida-o-dilema-entre-a-manutencao-da-vida-do-ser-maduro-e-a-garantia-de-vida-ao-feto/750965549>
91. Moraes A de. Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional [Internet]. 9th ed. São Paulo: Editora Atlas; 2013 [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:livro:2013;000967546>
 92. Pacheco ED. Âmbito Jurídico [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [cited 2024 Jun 3]. O aborto através dos tempos e seus aspectos jurídicos. Available from: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/o-aborto-atraves-dos-tempos-e-seus-aspectos-juridicos/>
 93. Rosas CF. Interrupção da gestação. In: Ética em ginecologia e obstetrícia [Internet]. 5th ed. São Paulo: CREMESP; 2018. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/LIVRO-COMPLETO_Etica-em-Ginecologia-e-Obstetricia.pdf
 94. FEBRASGO. Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais [Protocolo] [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2021. Report No.: 69. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n69---O---Interrupes-da-gravidez-com-fundamento-e-amparo-legais.pdf>
 95. Fonseca SC, Domingues RMSM, Leal MDC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(suppl 1):e00189718. doi:10.1590/0102-311x00189718
 96. Saúde M da. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. Ms; 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).
 97. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick RG, Melhor CL. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1996 Aug;175(2):320–5. doi:10.1016/S0002-9378(96)70141-2
 98. Perry R, Zimmerman L, Al-Saden I, Fatima A, Cowett A, Patel A. Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception*. 2015 May 1;91(5):393–7. doi:10.1016/j.contraception.2015.01.012 PubMed PMID: 25636805.
 99. Stewart FH, Trussell J. Prevention of pregnancy resulting from rape: A neglected preventive health measure. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000 Nov 1;19(4):228–9. doi:10.1016/S0749-3797(00)00243-9
 100. Cerqueira D, Coelho DSC, Alves A. Nota Técnica nº 11: Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde [Internet]. [Brasília]: IPEA; 2014. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5780/1/NT_n11_Estupro-Brasil-radiografia_Diest_2014-mar.pdf

101. Cardoso BB, Vieira FMDSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saude Publica*. 2020;36(suppl 1):e00188718. doi:10.1590/01002-311x00188718
102. World Health Organization (WHO). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: EDUSP; 2011.
103. Abortion [Internet]. [cited 2025 Nov 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
104. Ganatra B, Gerdt C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017 Nov;390(10110):2372–81. doi:10.1016/S0140-6736(17)31794-4
105. Romero M, Gomez Ponce De Leon R, Baccaro LF, Carroli B, Mehrtash H, Randolino J, et al. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Glob Health*. 2021 Aug;6(8):e005618. doi:10.1136/bmjgh-2021-005618
106. Brasil. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2025 Oct 1]. 428 p. (B. Textos Básicos De Saúde). Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf
107. Harper C c., Blanchard K, Grossman D, Henderson J t., Darney P d. Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;98(1):66–9. doi:10.1016/j.ijgo.2007.03.009
108. Zordo SD. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016 Mar;23(1):19–36. doi:10.1590/S0104-59702016000100003
109. Aiken A, Lohr P, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2021;128(9):1464–74. doi:10.1111/1471-0528.16668
110. FIGO. Misoprostol ONLY Dosing Chart: Recommended Regimens 2023 [Internet]. Londres: FIGO; 2023 Dec [cited 2024 Aug 3]. Report No. Located at: London, United Kingdom. Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-FINAL_0%20%281%29.pdf
111. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Feb;22:653–60. doi:10.1590/1413-81232017222.23812016
112. FIGO. Mifepristone & Misoprostol Dosing Chart [Internet]. Londres: FIGO; 2023 Dec [cited 2024 Aug 3]. Report No. Located at: London, United Kingdom. Available from: https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-FINAL_0%20%281%29.pdf

113. World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for quality abortion care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 May 31]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>
114. Derosa M. estudosnacionais.com [Internet]. 2023 [cited 2025 May 9]. Número de abortos e Mortalidade materna por aborto no Brasil: levantamento de estatísticas oficiais e análise. Available from: <https://www.estudosnacionais.com/39455/numero-de-abortos-e-mortalidade-materna-por-aborto-no-brasil-levantamento-de-estatisticas-oficiais-e-analise/>
115. World Health Organization (WHO). Safe and unsafe induced abortion: Global and regional levels in 2008, and trends during 1995–2008 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2025 Oct 1]. Report No. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75174/WHO?sequence=1>
116. World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 Jan [cited 2024 May 31]. p. 205–7. Report No. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/pdf/Bookshelf_NBK138196.pdf
117. World Health Organization (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2024 May 31]. Report No. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/97415>
118. World Health Organization (WHO). Abortion care guideline: executive summary [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. Report No. Available from: <https://iris.who.int/rest/bitstreams/1430537/retrieve>
119. Cates W, Grimes DA, Smith JC, Tyler CW. Legal abortion mortality in the United States. *Epidemiologic surveillance, 1972-1974. JAMA.* 1977 Jan 31;237(5):452–5. PubMed PMID: 576267.
120. Pazol K, Creanga AA, Burley KD, Jamieson DJ. Abortion surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ.* 2014 Nov 28;63(11):1–41. PubMed PMID: 25426741.
121. United States. Abortion Surveillance - United States, 2021. *MMWR Surveill Summ.* 2023 Nov 24;MMWR/ CDC/ U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta72(9).
122. Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, et al. Abortion-Related Mortality in the United States 1998–2010. *Obstet Gynecol.* 2015 Aug;126(2):258–65. doi:10.1097/AOG.0000000000000945 PubMed PMID: 26241413; PubMed Central PMCID: PMC4554338.
123. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Feb 1;190(2):422–7. doi:10.1016/j.ajog.2003.08.044

124. Karalis E, Ulander VM, Tapper AM, Gissler M. Decreasing mortality during pregnancy and for a year after while mortality after termination of pregnancy remains high: a population-based register study of pregnancy-associated deaths in Finland 2001–2012. *BJOG*. 2016 Dec 28;124(7):1115–21. doi:10.1111/1471-0528.14484
125. Alam N, Ali T, Razzaque A, Rahman M, Zahirul Haq M, Saha SK, et al. Health and Demographic Surveillance System (HDSS) in Matlab, Bangladesh. *Int J Epidemiol*. 2017 Jun 1;46(3):809–16. doi:10.1093/ije/dyx076
126. Hurt L, Alam N, Dieltiens G, Aktar N, Ronsmans C. Duration and magnitude of mortality after pregnancy in rural Bangladesh. *Int J Epidemiol*. 2008 Apr;37:397–404. doi:10.1093/ije/dym274
127. Brasil. Mortalidade materna por aborto no Brasil, 2010 a 2021 [Boletim Epidemiológico] [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde; 2022 Dec [cited 2024 Jun 3]. Report No.: 47. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/view>
128. Brasil. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 Jul. Report No. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017.pdf
129. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet*. 2014 Jun;2(6):e323–33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
130. Gerds C, Vohra D, Ahern J. Measuring Unsafe Abortion-Related Mortality: A Systematic Review of the Existing Methods. *PLOS ONE*. 2013 Jan 14;8(1):e53346. doi:10.1371/journal.pone.0053346
131. The Alan Guttmacher Institute. *Clandestine Abortion: A Latin America Reality*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1994. p. 28. Report No. Located at: BR1764.1; D, Ic, A276a
132. Wang Q, Ma J, Lan Y. Long-term trends in the global burden of maternal abortion and miscarriage from 1990 to 2021: joinpoint regression and age-period-cohort analysis. *BMC Public Health*. 2025 Apr 26;1554. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-025-22716-1>
133. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet*. 2020 Sep;8(9):e1152–61. doi:10.1016/S2214-109X(20)30315-6
134. 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. *Lancet*. 2016 Jul;388(10041):258–67. doi:10.1016/S0140-6736(16)30380-4

135. Camargo RS, Santana DS, Cecatti JG, Pacagnella RC, Tedesco RP, Melo EF, et al. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Feb;112(2):88–92. doi:10.1016/j.ijgo.2010.08.013 PubMed PMID: 21130447.
136. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MDC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(supl 1):e00190418. doi:10.1590/0102-311x00190418
137. Prevalência de morbidade materna grave e near miss e fatores associados em Sergipe, Nordeste do Brasil | BMC Gravidez e Parto | Texto completo [Internet]. [cited 2025 Oct 23]. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-25>
138. Madeiro AP, Rufino AC, Lacerda ÉZG, Brasil LG. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piauí, Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2015 Sep 7;15(1):210. doi:10.1186/s12884-015-0648-3
139. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021 Oct 25;26:4397–409. doi:10.1590/1413-812320212610.10752021
140. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):729–37. doi:10.1097/01.AOG.0000116260.81570.60
141. Boonstra HD, Gold RB, Richards CL, Finer LB. *Abortion in Women’s Lives* [Internet]. Washington, DC: The Alan Guttmacher Institute; 2006. Available from: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>
142. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, et al. Pregnancy-Related Mortality Surveillance - United States, 1991-1999. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 2003 Feb 21 [cited 2025 Oct 1];252:1–8. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5202.pdf>
143. Gerds C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. *Womens Health Issues.* 2016 Jan 1;26(1):55–9. doi:10.1016/j.whi.2015.10.001
144. Grimes DA. Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Jan;194(1):92–4. doi:10.1016/j.ajog.2005.06.070 PubMed PMID: 16389015.
145. Latt SM, Milner A, Kavanagh A. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. *BMC Women’s Health.* 2019 Jan 5;19(1):1. doi:10.1186/s12905-018-0705-y

146. Lichtenberg ES, Grimes DA. Surgical Complications: Prevention and Management. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy* [Internet]. 1st ed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2009 [cited 2024 May 31]. p. 224–51. Available from: https://www.sestatehouse.gov/CommitteeInfo/SenateMedicalAffairsCommittee/Abortion_Complications_Management_of_Unintended_excerpt_with_note.pdf doi:10.1002/9781444313031.ch15
147. Raymond EG, Grossman D, Weaver MA, Toti S, Winikoff B. Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception*. 2014 Nov 1;90(5):476–9. doi:10.1016/j.contraception.2014.07.012 PubMed PMID: 25152259.
148. da Rocha HA, Reis IA, Cherchiglia ML. Early and Frequent Psychiatric Readmissions in a Brazilian Cohort of Hospitalized Patients Between 2001 and 2013. *Adm Policy Ment Health*. 2024 Mar 1;51(2):147–61. doi:10.1007/s10488-023-01322-6
149. Vieira JCM, Reis EA, Guerra AA, de Oliveira HN, Ruas CM. Comparative effectiveness of clozapine and non-clozapine atypical antipsychotics provided by the Brazilian National Health System in adults with schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2024 Jun 19;15:1421501. doi:10.3389/fpsy.2024.1421501 PubMed PMID: 38962057; PubMed Central PMCID: PMC11220267.
150. Borin MC, Alvares-Teodoro J, Acurcio FA, Guerra AA. Gaucher disease in Brazil: a comprehensive 16 year retrospective study on survival, cost, and treatment insights. *Front Pharmacol*. 2024 Sep 26;15:1433970. doi:10.3389/fphar.2024.1433970 PubMed PMID: 39403137; PubMed Central PMCID: PMC11472179.
151. da Rocha HA, Reis IA, Santos MA da C, Melo APS, Cherchiglia ML. Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. *Rev Saude Publica*. 2021;55:14. doi:10.11606/s1518-8787.2021055002155 PubMed PMID: 33886952; PubMed Central PMCID: PMC8030659.
152. Souza KM, Diniz IM, de Lemos LLP, Junior NGR, Zuppo I de F, Teodoro JA, et al. Effectiveness of first-line treatment for relapsing-remitting multiple sclerosis in Brazil: A 16-year non-concurrent cohort study. *PLoS One*. 2020 Sep 2;15(9):e0238476. doi:10.1371/journal.pone.0238476 PubMed PMID: 32877451; PubMed Central PMCID: PMC7467258.
153. Lima CRP, Pinto CR, Bianchet KJ, Tavares LC. Análise epidemiológica da mortalidade materna no Brasil. *Braz J Develop*. 2023 Aug 15;9(8):24241–58. doi:10.34117/bjdv9n8-073
154. Martins EF, Almeida PFB de, Paixão C de O, Bicalho PG, Errico L de SP de. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad Saúde Pública*. 2017 Feb 13;33:e00133115. doi:10.1590/0102-311X00133116

155. Silva MCME, Brito AMD, Araújo ADL, Abath MDB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 Sep;22(3):403–12. doi:10.5123/S1679-49742013000300005
156. Brasil. Portaria nº 1.172 [Portaria] [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 Jun [cited 2024 Jul 20]. Report No.: 1.172. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html
157. Brasil. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos [Nota Técnica] [Internet]. Brasília: DataSUS; 2019 Dec [cited 2025 Jun 15]. Report No. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Ob_Mu_Id_Fertil_Mat_1996_2012.pdf
158. World Health Organization (WHO). The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2025 Aug 15]. Report No. Located at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70929/9789241548458_eng.pdf?sequence=1. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/70929>
159. Pilecco FB, Teixeira LB, Vigo Á, Knauth DR. Aborto pós-diagnóstico em mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20:1521–30. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.13002014>