



## Aborto na Bahia: perfil demográfico e epidemiológico de mortalidade 2011-2017

Abortion in Bahia: demographic and epidemiological profile of mortality 2011-2017

Aborto en Bahia: perfil demográfico y epidemiológico de la mortalidad 2011-2017

Adrielle de Brito Paixão Oliveira<sup>1</sup>, Elysama Souza Rocha<sup>1</sup>, Thaís da Silva do Livramento<sup>1</sup>, Anna Caroline Andrade Sampaio<sup>1</sup>, Patrícia Figueiredo Marques<sup>1</sup>, Claudia Feio da Maia Lima<sup>1</sup>, Eder Pereira Rodrigues<sup>1</sup>, Michelle Araújo Moreira<sup>2</sup>, Isadora Reis Rodrigues<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Delinear o perfil sociodemográfico e epidemiológico de mortalidade por aborto no Estado da Bahia no período de 2011 a 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa analítica e retrospectiva, mediante análise de dados disponíveis no tabulador de internet (TABNET) na página do DATASUS, sobre o quantitativo e descrição das mortes maternas causadas por aborto no estado da Bahia. A análise estatística foi descritiva a partir das frequências, porcentagens e calculou-se a Razão de Mortalidade Materna por aborto (RMMAb) por meio do programa Microsoft Office Excel® 2007. **Resultados:** O número de óbitos de mulheres devido aborto no estado da Bahia, 2011-2017, registrados no SIM foi de 45, sendo: aborto não especificado (20), aborto retido (10), aborto espontâneo (9), outros tipos de aborto (3), falha de tentativa de aborto (2) e aborto por razões legais e/ou médicas (1). O maior número de óbitos ocorreu nas regiões de saúde Leste (35,56%). **Conclusão:** A realização do estudo possibilitou identificar que o perfil sociodemográfico e epidemiológico de mortalidade por aborto no Estado da Bahia no período estudado caracteriza-se por mulheres negras, jovens e com pouca escolaridade.

**Palavras-chave:** Aborto induzido, Mortalidade materna, Morbidade, Epidemiologia, Saúde da mulher.

### ABSTRACT

**Objective:** Outline the sociodemographic and epidemiological profile of abortion mortality in the State of Bahia from 2011 to 2017. **Methods:** This is a study with an analytical and retrospective quantitative approach, through analysis of data available on the internet tabulator (TABNET) on the DATASUS page, on the quantitative and description of maternal deaths caused by abortion in the state of Bahia. Statistical analysis

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB), Santo Antônio de Jesus - BA.

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus - BA.

<sup>3</sup> Grupo de Pesquisa Saúde Sexualidade e Reprodução da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus - BA e da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus - BA.

Programa Institucional de bolsas de iniciação científica financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pelo Conselho Nacional Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

SUBMETIDO EM: 7/2023

ACEITO EM: 8/2023

PUBLICADO EM: 9/2023

was descriptive based on frequencies, percentages and the Maternal Mortality Ratio due to abortion (RMMAb) was calculated using the Microsoft Office Excel® 2007 program. **Results:** The number of deaths of women due to abortion in the state of Bahia, 2011-2017, recorded in the SIM was 45, as follows: unspecified abortion (20), missed abortion (10), miscarriage (9), other types of abortion (3), failed abortion attempt (2) and abortion for legal and/or medical reasons (1). The highest number of deaths occurred in the East health regions (35.56%). **Conclusion:** Carrying out the study made it possible to identify that the sociodemographic and epidemiological profile of mortality from abortion in the State of Bahia in the period studied is characterized by black, young women with little schooling.

**Keywords:** Induced abortion, Maternal mortality, Morbidity, Epidemiology, Women's health.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Delinear el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la mortalidad por aborto en el Estado de Bahía en el período de 2011 a 2017. **Métodos:** Se trata de un estudio con abordaje cuantitativo analítico y retrospectivo, a través del análisis de los datos disponibles en el tabulador de internet (TABNET) en la página DATASUS, sobre el cuantitativo y descripción de las muertes maternas por aborto en el estado de Bahía. El análisis estadístico fue descriptivo con base en frecuencias, porcentajes y se calculó la Razón de Mortalidad Materna por Aborto (RMMAb) utilizando el programa Microsoft Office Excel® 2007. **Resultados:** El número de muertes de mujeres por aborto en el estado de Bahía, 2011-2017, registrado en el SIM fue de 45, así: aborto no especificado (20), aborto diferido (10), aborto espontáneo (9), otros tipos de aborto (3), intento fallido de aborto (2) y aborto por razones legales y/o médicas (1). El mayor número de muertes ocurrió en las regiones de salud del Este (35,56%). **Conclusión:** La realización del estudio permitió identificar que el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la mortalidad por aborto en el Estado de Bahía en el período estudiado se caracteriza por mujeres negras, jóvenes y con poca escolaridad.

**Palabras clave:** Aborto provocado, Mortalidad materna, Morbosidad, Epidemiología, La salud de la mujer.

---

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na 11ª revisão, como morte que ocorre no período gestacional ou com até 42 dias de puerpéra, e independe da localização ou duração da gravidez, podendo ser caracterizados como óbitos diretos ou indiretos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; MORAIS VMO, et al., 2022). As causas diretas estão relacionadas com as mortes decorrentes de quaisquer complicações durante a gravidez ou puerpério, enquanto as causas indiretas referem-se às complicações durante a gestação ou puerpério decorrente de patologias pré-existentes que se agravam em razão das condições gravídicas (MORAIS VMO, et al., 2022; LINS-KUSTERER L, et al., 2019).

Entre as causas diretas da morte materna, o aborto é uma importante causa, seja ele espontâneo ou induzido, porque também caracteriza um significativo problema de saúde no Brasil (CARDOSO BB, et al., 2020). O aborto é definido como a descontinuação da gravidez, com a extração ou expulsão do feto até a vigésima segunda semana de gestação e conceito pesando menos de 500mg, sendo classificado de acordo com a idade gestacional (precoce ou tardia), ao tipo (espontâneo ou induzido), e ao grau de retirada (completo ou incompleto) (LINS-KUSTERER L, et al., 2019; NONATO AL, et al., 2022).

Frequentemente o aborto induzido é realizado de maneira insegura quando associado pela falta de acesso a serviços de saúde, sobretudo em países onde sua prática apresenta restrições legais, como no Brasil. Diante dessa ilegalidade, mulheres que se deparam com uma gravidez não planejada e/ou indesejada recorrem a procedimentos clandestinos para interromper a gestação e, conseqüentemente, colocam em risco a sua vida (NONATO AL, et al., 2022). Diante disso, a identificação das taxas de mortalidade materna por aborto no Brasil ainda se mostra difícil, uma vez que a ilegalidade contribui para a omissão dos casos por parte das mulheres (SANTOS NL e GARCIA E, 2019).

Na região nordeste, a Bahia é o estado que mais contribuiu com o quantitativo de óbitos maternos, cerca de cinco vezes mais que o aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), especialmente em Salvador, onde o número de óbitos maternos se destaca em relação as outras cidades baianas, sendo, o aborto induzido uma das principais causas de mortalidade materna, em sua maioria mulheres jovens, negras e desempregadas (LINS M e VASCONCELOS C, 2019; NEIVA ABC, et al., 2021; DA SILVA ÁR, et al., 2021).

Muitas mulheres morrem anualmente em todo o mundo por complicações evitáveis da gravidez, como resultado de injustiças sociais que as mesmas sofrem devido a seu status social e que representam uma grave injustiça e violação de seus direitos humanos fundamentais. No Brasil, os problemas de saúde são também relacionados intrinsecamente à perspectiva de gênero, especialmente quando se trata de saúde sexual e reprodutiva, que influenciam na qualidade da atenção do sistema de saúde, influenciando diretamente na gravidez não planejada, em abortos e na mortalidade materna (FREITAS-JÚNIOR RAO, 2020).

A partir da década de 1980, a inserção da perspectiva de gênero na pesquisa, no âmbito da saúde da mulher, ampliou o conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado, inclusive o abortamento. O processo de participação social do movimento feminista, nesse período, contribuiu com debates profundos relacionados a saúde das mulheres a partir do questionamento sobre o controle do corpo feminino e as desigualdades de gênero, sobretudo, o papel reprodutivo e a maternidade (SOUTO K e MOREIRA MR, 2021).

Diante do contexto, a realização de estudos sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico de mortalidade por aborto no Estado da Bahia possibilita conhecer e identificar quem são essas mulheres e assim elaborar ações e estratégias que possam minimizar os riscos que as mesmas estão expostas, além de proporcionar uma assistência com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade; conforme é direito do cidadão pela Constituição Federal de 1988.

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de mortalidade por aborto no Estado da Bahia no período de 2011 a 2017.

## MÉTODOS

Estudo com abordagem quantitativa analítica, e retrospectiva mediante análise de dados secundários disponíveis no Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, sobre o quantitativo e descrição das mortes materna causada por aborto, no estado da Bahia.

A coleta dos dados ocorreu com o tabulador de internet (TABNET), existente na página do DATASUS. Foram analisadas todas as 9 macrorregiões de Saúde (Leste; Norte; Sudoeste; Centro-Leste; Centro-Norte; Oeste; Sul; Nordeste e Extremo-sul), no período de 2011 a 2017, no estado da Bahia.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão registros de morte materna de mulheres com idade entre 10 e 49 anos, residentes no estado da Bahia, que evoluíram a óbito devido aborto entre janeiro de 2011 e dezembro de 2017, de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS, e com as variáveis raça/cor preenchidas.

A população de pesquisa para mortalidade foi uma amostra de todos os registros de nascidos vivos cadastrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e todos os registros de mortes maternas no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, sabendo-se que o SIM e SINASC são ferramentas que alimentam o DATASUS, sendo as variáveis: faixa etária, causa do óbito materno, raça/cor, escolaridade e morte materna na gravidez/puerpério.

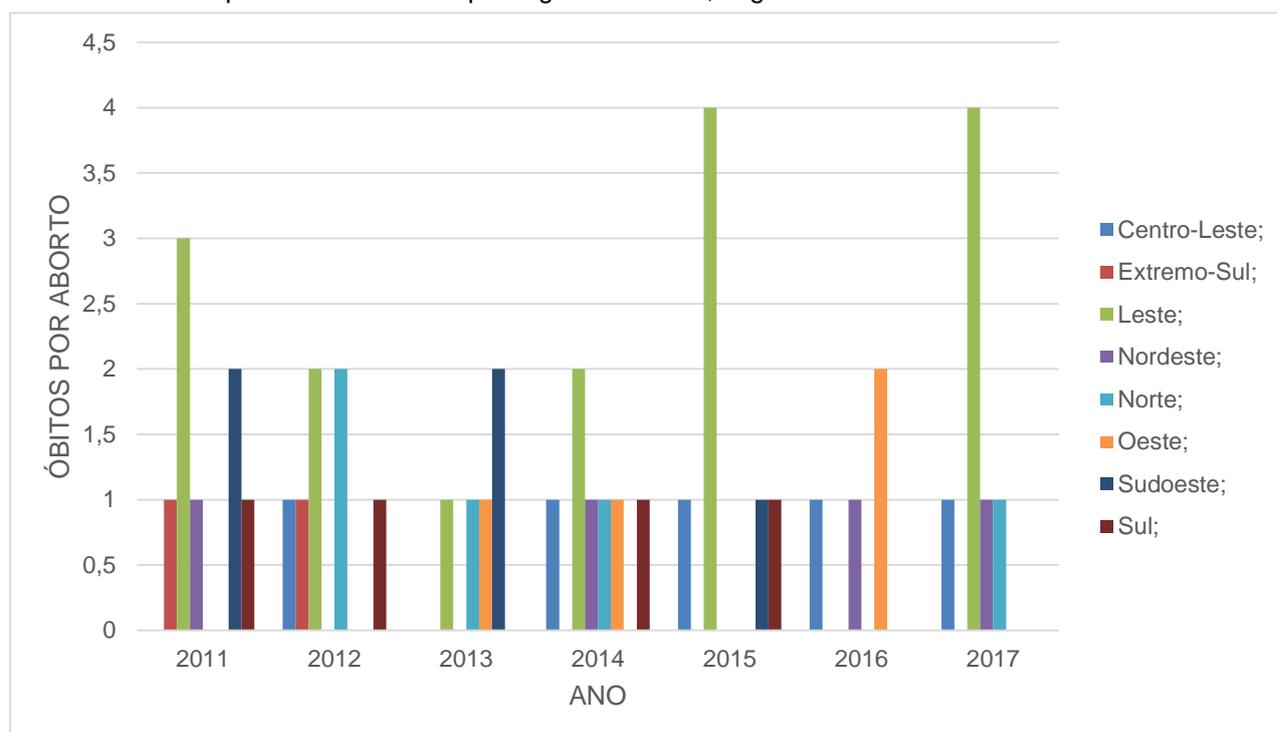
Esse estudo também realizou o cálculo de Razão de Mortalidade Materna por aborto (RMMAb). A Razão é o indicador que permite estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão, nesta pesquisa por aborto, em relação ao número de nascidos vivos. O cálculo da RMMAb foi direcionado para o aborto como causa, ano a ano, na série de 2011 a 2017.

Para melhor visualização dos dados, se optou pelo agrupamento dos municípios baianos segundo a regionalização estabelecida para a gestão de saúde, como anteriormente informado. A seguir, foi calculada a RMMAb específica para cada núcleo. O número de Nascidos Vivos (NV) com a variável raça/cor não especificada foram excluídos deste cálculo, sendo utilizado para estimar a RMMAb geral do estado da Bahia. A análise dos dados foi descritiva, a partir das frequências e porcentagens calculadas por meio do programa Microsoft Office Excel 2007®. Este trabalho utilizou os aspectos éticos da pesquisa considerados de acordo com as normas da Resolução 466/912 da Comissão Nacional de Ética em pesquisa do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, dessa forma, por se tratar de um estudo de agregados realizado com dados secundários de acesso livre, o presente projeto não requereu parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

O número de óbitos de mulheres no estado da Bahia, 2011-2017, associados ao aborto registrados no SIM foi de 45, sendo distribuídas entre aborto não especificado (20), primeira causa, aborto retido (10), segunda, aborto espontâneo (9), seguidas por outros tipos de aborto (3), falha de tentativa de aborto (2) e aborto por razões legais e/ou médicas (1). O maior número de óbitos ocorreu nas regiões de saúde Leste (35,56%), seguido pelas regiões Norte, Sudoeste e Centro Leste (11,11%, cada).

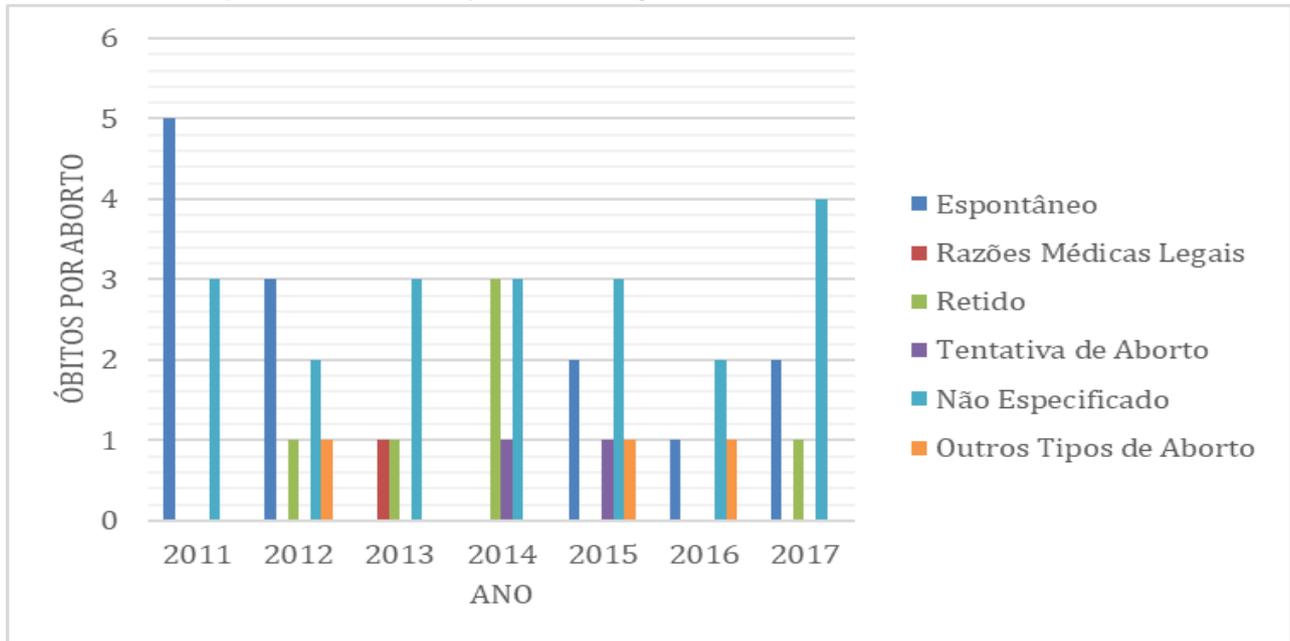
**Gráfico 1 - Óbitos por aborto na Bahia por região de saúde, segundo ano.**



**Fonte:** Oliveira ABP, et al., 2023; dados extraídos do tabulador de internet (TABNET) na página do DATASUS, sobre o quantitativo e descrição das mortes maternas causadas por aborto no estado da Bahia, 2011-2017.

No ano de 2011 morreram 8 mulheres, sendo por aborto retido (5) e não especificado (3). Em 2012 foram 7, sendo as causas aborto espontâneo (3), não especificado (2), retido (1) e outros tipos de aborto (1). Já em 2013 houveram 5 mortes por aborto não especificado (3), retido (1) e por razões médicas e legais (1). No ano de 2014 morreram 7 por aborto não especificado (3), retido (3) e óbito por falha de tentativa (1). Em 2015, vieram a óbito 7 mulheres por abortos não especificados (3), espontâneo (2), óbito por outros tipos de aborto e por falha de tentativa por aborto (1 cada). No ano de 2016 morreram 4 por aborto não especificado (2), espontâneo (1) e óbito por outros tipos de aborto (1). Finalizando a sequência temporal analisada, em 2017 foram 7 mulheres que vieram a óbito por abortos não especificados (4), espontâneo (2) e retido (1).

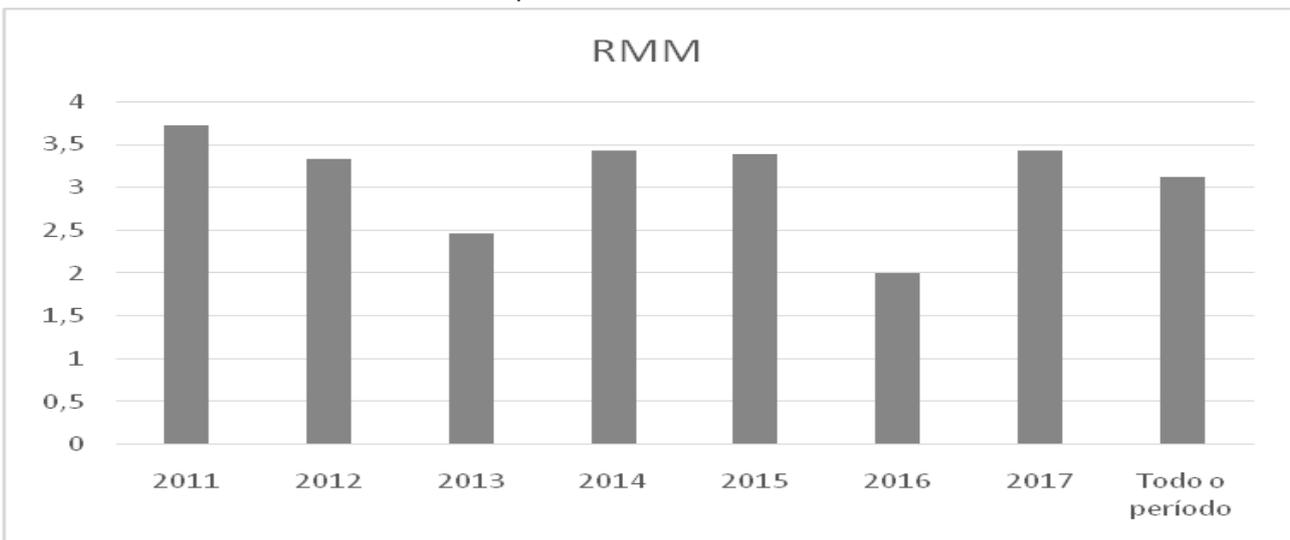
**Gráfico 2 - Óbitos por aborto na Bahia por Causa, segundo ano.**



**Fonte:** Oliveira ABP, et al., 2023; dados extraídos do tabulador de internet (TABNET) na página do DATASUS, sobre o quantitativo e descrição das mortes maternas causadas por aborto no estado da Bahia, 2011-2017.

A RMMAb para o período investigado foi de 3,12 para 100.000 nascidos vivo (NV), sendo o ano com maior expressão 2011 (3,72/100.000NV). A distribuição ficou 2014 e 2017 com 3,43 /100.000NV para cada ano, seguido pelos anos 2015 (3,39 /100.000NV), 2012 (3,33/100.000NV), 2013 (2,46/100.000V) e 2016 (2,00/100.000NV).

**Gráfico 3 - Razão de Mortalidade Materna por Aborto na Bahia entre os anos de 2011-2017.**



**Fonte:** Oliveira ABP, et al., 2023; dados extraídos do tabulador de internet (TABNET) na página do DATASUS, sobre o quantitativo e descrição das mortes maternas causadas por aborto no estado da Bahia, 2011-2017.

Em relação à faixa etária, que se destaca são mulheres entre 20-29 anos (35,56%-16) seguida por 30-39 anos (22,22%-10) e 15-19 anos (13,33%-6). Quanto à escolaridade, quanto ao tempo de estudo medido em anos, a maior concentração de óbitos ocorreu com mulheres que estudaram entre 8-11 anos (31,11%-14), seguido por informação ignorada (28,89%-13) e 1-3 anos (24,44%-11). No que se refere à raça/cor, as mulheres negras (71,11%-32) são as que mais vieram a óbito.

## DISCUSSÃO

O aborto é uma das principais causas de morte materna no mundo, e sua incidência é mais importante em países subdesenvolvidos, destacando as desigualdades sociais existentes na busca e acesso aos serviços de saúde se comparado a países desenvolvidos. No Brasil, os obstáculos da desigualdade de gênero, acesso à saúde, educação, vulnerabilidades sociais e econômicas, além da falta de acesso às informações e direitos das mulheres, resultam em um aborto clandestino e/ou inseguro que afeta, principalmente, as mulheres pobres e marginalizadas. Com estimativa de mais de um milhão de abortamentos por ano, no Brasil, a redução da mortalidade materna é um grande desafio para o Brasil e uma missão da Organização das Nações Unidas (ONU), desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em especial em regiões mais carentes (LINS M e VASCONCELOS C, 2019; FREITAS-JÚNIOR RAO, 2020; MIRANDA WD, et al., 2023).

O aborto provocado é uma realidade comum no Brasil, em especial nas regiões com piores condições socioeconômicas e falta de acesso à saúde de qualidade (MILANEZ N et al., 2019). As desigualdades sociais existentes no Brasil se tornam evidentes na busca pelos serviços de saúde pelas mulheres que estão passando pelo processo de abortamento, as quais enfrentam barreiras individuais, psicológicas, sociais e estruturais, expondo-as a situações inseguras e de vulnerabilidades (GOES EF, et al., 2020).

A situação da Bahia em relação ao aborto caracteriza-se com uma concentração de óbitos na região leste, onde se encontra a capital do estado, com maior número de habitantes e maior aporte de serviços de saúde, emergências, hospitais de grande porte, além de ser referência de saúde para as demais regiões; possibilitando maior registro de informações (GOIS EC, et al., 2019). No período estudado, de 2011 a 2017, o ano que teve maior número de óbitos foi 2011. Deve-se informar que ocorreram mudanças na Declaração de Óbito neste mesmo ano, com a utilização de formulários com mais detalhes de informações coletadas, no intuito de evitar repetições de problemas como ocorria nos modelos anteriores, gerando impacto nos números obtidos (BRASIL, s.d). O ano que teve menor número foi o de 2016, sendo que foi um ano de eleições municipais, o que pode ter impactado os registros realizados nas unidades de saúde, e maior possibilidade na ocorrência de subnotificações.

A razão de mortalidade materna por aborto (RMMAb) é definida através do número de mortes maternas durante um determinado período de tempo por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. Representa o risco de morte materna em relação ao número de nascidos vivos e evidencia o risco de morte em uma única gravidez ou nascimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, s.d.). Nesta pesquisa, os resultados comprovam que as mulheres que mais morrem são as da faixa etária de 20-29 anos, seguida por 30-39 anos. Esses resultados corroboram com o estudo realizado em 2016, com uma população total de mulheres alfabetizadas no Brasil, de idade entre 18 e 39 anos, onde o levantamento foi realizado por meio da combinação de dois questionários: um questionário fundamentado na técnica de urna (*ballot-box technique*) e outro questionário face-a-face realizado apenas por entrevistadoras mulheres. Esses resultados evidenciam que grande parte dos abortos são realizados por jovens, no período de mais intensidade e liberdade da vida sexual e reprodutiva feminina (MORAIS VMO, et al., 2022).

Os riscos vivenciados por mulheres mais jovens são maiores em comparação aos das mulheres mais velhas, devido métodos e direções utilizadas que ganham configurações peculiares e mais críticas devido à falta de experiência, suporte, rede de apoio e medo. O cenário de ilegalidade, onde a clandestinidade associada a falta de assistência médica resulta em abortos realizados de forma totalmente insegura, sem condições mínimas de higiene ou profissional qualificado, agrava ainda mais o desfecho dos casos (MENEZES G, et al., 2020).

Em relação ao nível de escolaridade os resultados mostraram que as mulheres entre 8-11 anos de estudo tiveram maior número de óbitos por aborto. Esse resultado reforça que o baixo nível de escolaridade está diretamente associado à pobreza e, conseqüentemente, a inacessibilidade ao acesso de informações relacionadas aos direitos das mulheres a utilização dos serviços de saúde, gerando maior risco para o aborto induzido de maneira insegura e com maior risco de morte. Quanto menos conhecimento se tem, a procura pelo serviço de saúde é menor (BARRETO BL, 2021).

A raça/cor negra foi a que teve número mais concentrado de mortes. O encontrado nesta pesquisa, fortalecendo estudos nacionais relacionados ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, comprovando que são as negras as mais expostas às barreiras individuais e institucionais de acesso a esses cuidados, desde a porta de entrada do serviço até o momento do atendimento. Uma das consequências diretas dessa vulnerabilidade está na impossibilidade de exercer o planejamento reprodutivo e evitar gravidezes indesejadas, quebrando os princípios estabelecidos pelo SUS de equidade e universalidade (GOIS EC, et al., 2019).

Esta pesquisa reconfirma que diante de uma gravidez não planejada, em que se decide abortar, a ilegalidade não coíbe sua prática, mas intensifica as desigualdades sociais. A maioria dessas mulheres, que tem seus dados registrados nos sistemas nacionais de informação, não tem condições para realizar o aborto em clínicas e consultórios particulares, recorrendo a drogas obtidas de forma clandestina e ilegal e, após complicações, procuram a assistência hospitalar pública para completar o aborto e tratar possíveis complicações (GOIS EC, et al., 2019).

A garantia do acesso a direitos universais e equitativos à saúde que deveriam acontecer deixa de existir devido a violação de muitos fatores, tais como: eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo estrutural, sexismo e condições socioeconômicas e culturais existentes (CATOIA CDC, et al., 2020).

Portanto, os marcadores de raça e classe social têm grande influência em se tratando das consequências da prática clandestina do abortamento, a qual pode causar consequências irreparáveis em vários aspectos da vida de mulheres pobres, negras, jovens, com baixo nível escolaridade, que além de vivenciarem no seu cotidiano a discriminação social, o racismo, machismo estrutural, convivem também com falta de acesso a serviços de saúde de qualidade (MORAIS VMO, et al., 2022).

As relações de gênero também têm forte relação com os indicadores epidemiológicos e transpõe uma diversidade de situações, que afetam diretamente o uso dos serviços de saúde, e a saúde reprodutiva das mulheres (COBO B, et al., 2021).

O reconhecimento de desigualdades de gênero na experiência das mulheres é condição fundamental para os serviços darem respostas às demandas por cuidado na rede de saúde e conduzirem à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (FREITAS-JÚNIOR RAO, 2020).

Para tanto, faz-se necessária à educação permanente junto à equipe profissional de saúde das unidades, promoção de ações voltadas à educação em saúde sexual feminina e empoderamento feminino no autocuidado, além da formação de profissionais de saúde atualizados em relação às necessidades e vulnerabilidades existentes no sistema de saúde, desde a graduação, dispostos a construir um novo panorama. Assim, as práticas se aproximam da integralidade do cuidado, que alinhada a gênero constituem eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (FREITAS-JÚNIOR RAO, 2020).

Assim, as mulheres, mais vulneráveis a um aborto inseguro, são negras, jovens, solteiras, com filhos, de baixa escolaridade e baixa renda. Mesmo em países onde a prática do aborto é legalizada, muitas mulheres encontram diversos obstáculos pessoais até chegar a um serviço de saúde, pois precisam de recursos financeiros e transporte, já que diversas vezes os serviços não são públicos e nem perto. Essas barreiras se apresentam de forma ainda mais frequente para mulheres negras jovens, de baixa renda e da zona rural (GOES EF, et al., 2020).

A pandemia da COVID-19 acentuou ainda mais os problemas já existentes, pois o foco da atenção primária se tornou a imunização da população, e a consequente superlotação do serviço afetou diretamente a oferta a outros serviços. Dessa forma, a restrição ao acesso aos serviços de saúde da mulher na atenção primária, em especial ao planejamento familiar, oferecido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), influenciam de forma direta o número de gestações indesejadas, abortos inseguros e mortes maternas e neonatais, que possivelmente, no futuro, poderão ser subnotificadas. Esses efeitos atingem, sobretudo, os grupos desfavorecidos e mais vulneráveis, podendo se prolongar até a fase de recuperação da pandemia (REIGADA CLL e SMIDERLE CASL, 2021).

## CONCLUSÃO

Durante a análise dos dados, foi observado que o maior número de óbitos ocorreu em 2011, e o menor em 2016; uma maior concentração de óbitos na região leste; as mulheres que mais morrem são as da faixa etária de 20-29 anos, seguida por 30-39 anos; as mulheres entre 8-11 anos de estudo tiveram maior número de óbitos; a raça/cor negra foi a que teve número mais acentuado. Diante dos dados analisados, observamos que a realização do estudo possibilitou identificar que o perfil sociodemográfico e epidemiológico de mortalidade por aborto no Estado da Bahia no período de 2011 a 2017 caracteriza-se por mulheres negras, jovens e com pouca escolaridade. Isto evidencia a desigualdade social existente no Brasil e como estas desigualdades culminam num aborto clandestino e inseguro que atinge, principalmente, as classes mais marginalizadas e vulneráveis. Na atual realidade de saúde pública no Brasil e na Bahia, com a pandemia da COVID-19, as desigualdades existentes vivenciadas por essas mulheres, mais a vulnerabilidade socioeconômica, tomam proporções ainda maiores no impacto da saúde reprodutiva feminina e acesso aos serviços. Desse modo, torna-se fundamental garantir o acesso adequado aos serviços de saúde da mulher na atenção primária, além de capacitar a equipe de saúde para compreender as necessidades, acolher as singularidades e instruir essas mulheres, acerca de seus direitos em relação a sua saúde, além de ofertar e orientar a utilização de métodos contraceptivos. É fundamental a realização de pesquisas e discussões relacionadas ao aborto e a saúde reprodutiva feminina pois tem grande impacto na saúde pública e nos indicadores de saúde do Brasil e em todo mundo.

## REFERÊNCIAS

1. BARRETO BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2021; 10(1): 127-133.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de morbidade (s.d). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10ba.def>. Acessado em: 20 de junho de 2021.
3. CARDOSO BB, et al. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad. Saú Pública*, 2020; 36(supl 1).
4. CATOIA CDC, et al. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. *Rev Estudos Fem*, 2020; 28.
5. COBO B, et al. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26: 4021-4032.
6. DA SILVA ÁR, et al. Diferentes visões sobre o abortamento provocado: uma revisão integrativa Different views on induced abortion: an integrative review. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(6): 59046-59067.
7. FREITAS-JÚNIOR RAO. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2020; 20: 607-614.
8. GOES EF, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(1).
9. GOIS EC, et al. Mortalidade materna na Bahia no período de 2012 a 2016. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; (18): e335-e335.
10. MIRANDA WD, et al. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. *Cadernos De Saúde Pública*, 2023; 39(4): e00119022.
11. SOUTO K e MOREIRA MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, 2021; 45: 832-846.
12. LINS-KUSTERER L, et al. Aborto: atenção humanizada e aspectos leis. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 2019; 21(2): 40-50.
13. MENEZES G, et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36.
14. MILANEZ N, et al. A decisão do aborto: itinerários, práticas e confidências. *B J Hea Research*, 2019; 21(2): 105-114.
15. MORAIS VMO, et al. Perfil epidemiológico, clínico e razão de mortalidade materna no Nordeste brasileiro entre 2010 e 2019: um estudo ecológico. *Research, Society and Development*, 2022; 11(9): 1-12.
16. NEIVA ABC, et al. Mortalidade materna na Bahia: uma análise sociodemográfica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2021; 45(4): 53-63.
17. NONATO AL, et al. Repercussões do aborto induzido e espontâneo na saúde física e mental da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(10): e11128.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 8ª ed. São Paulo: Edusp; 2000.
19. REIGADA CLL e SMIRDELE CASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2021; 16(43): 2535-2535.
20. SANTOS NL e GARCIA E. O planejamento familiar e a mortalidade materna por aborto. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2019; 43: 241-256.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and health information systems. Maternal mortality ratio (per 100 000 live births). Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/26>. Acessado em: 13 de fevereiro de 2021.