

ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA: EPIDEMIOLOGIA NACIONAL DOS ÓBITOS POR ABORTO DE 2008 A 2018

ABORTION AS A PUBLIC HEALTH ISSUE: NATIONAL EPIDEMIOLOGY ABORTION DEATHS FROM 2008 TO 2018

Isabella Baptista Costa¹
Marcos Antônio Mendonça²

RESUMO: O aborto é definido pela Organização Mundial de Saúde como como a expulsão do feto com < 22 semanas ou < 500g. De acordo com a PNA 2016, uma a cada cinco mulheres até 40 anos relataram que já cometeram ao menos um aborto, muitos deles ocorrendo de forma insegura, provocando óbitos. O objetivo do presente estudo é avaliar as taxas de mortalidade materna por aborto de acordo com as regiões do Brasil em 10 anos, buscando demonstrar níveis de subnotificação desses dados. Foi feita uma coleta de dados do DATASUS, de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, analisando o número de internações por aborto, óbitos por aborto, por faixa etária e regiões do Brasil. No período analisado, ocorreram 2.286.876 internações decorrente de gestações que resultaram em aborto, sendo o sudestes a região com maior incidência (845.032) e centro-oeste com menor índice (157.869). O número total de óbitos foi 797 e o gasto total com essas internações em 10 anos foi de R\$521.099.594,21. Desse modo, conclui-se que o sudeste se destaca, podendo ser pela sua maior disponibilidade de recursos. Por conseguinte, deduz-se um alto nível de subnotificações, ressaltando a necessidade de medidas que ampliem a acessibilidade e o acolhimento dessas mulheres em situação de vulnerabilidade, através de equipe multidisciplinar e profissionais especializados nestes casos, além da capacitação para preenchimento da declaração de óbito, buscando minimizar as complicações e os óbitos.

Palavras-chave: Aborto. Mortalidade materna. Mortes por aborto. Humanização.

ABSTRACT: Abortion is defined by the World Health Organization as the expulsion of the fetus <22 weeks or <500g, which may be early or late. According to the 2016 national survey on abortion, one in five women up to 40 years old reported that they had already committed at least one abortion. The objective of the present study is to evaluate maternal mortality rates due to abortion according to the regions of Brazil in 10 years, seeking to demonstrate levels of underreporting of these data. DATASUS data was collected from January 2008 to December 2018, analyzing the number of hospitalizations due to abortion, deaths due to abortion, by age group and regions in Brazil. In the analyzed period, there were 2,286,876 hospitalizations due to pregnancies that resulted in abortion, with the Southeast region having the highest incidence

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. E-mail: isabellabapcosta@gmail.com.

²Docente do Curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4999-6577>.

(845,032) and the Midwest with the lowest index (157,869). The total number of deaths was 797 and the total expenditure on these hospitalizations in 10 years was R \$ 521,099,594.21. Thus, it is concluded that the Southeast stands out, which may be due to its greater availability of resources. Therefore, a high level of underreporting can be deduced, highlighting the need for measures that expand accessibility and the reception of these women in vulnerable situations, through a multidisciplinary team and specialized professionals in these cases, in addition to training to complete the death certificate. seeking to minimize complications and deaths.

Keywords: Abortion. Maternal mortality. abortion deaths. Humanization.

INTRODUÇÃO

O aborto é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como a expulsão do feto com < 22 semanas ou < 500g, podendo ser precoce ou tardio, antes da 13 semana e entre 13 e 22 semana, respectivamente, de forma espontâneo ou provocada.¹

De acordo com as estimativas, o aborto é um evento comum entre as mulheres brasileiras. A pesquisa nacional de aborto (PAN) de 2010 demonstrou que uma a cada cinco mulheres alfabetizadas da área urbana já fizeram ao menos um aborto. Ao ser comparado com PNA 2016 não demonstraram alterações significativas se comparadas a anterior, o que ressalta um problema de saúde pública que se mantém persistente.^{2,9}

A OMS relata que no ano de 2008 em torno de 102% das mortes maternas mundiais foram devido a abortos inseguros, este pode ser definido, como os casos de aborto que não são previstos por lei, pois mesmo que realizados por profissionais qualificados, a clandestinidade aumenta os riscos à saúde.³ No Brasil, o aborto está entre uma das cinco causas mais frequentes de mortalidade materna, representando aproximadamente 5,00% de todos os óbitos maternos.⁴

Existe um desafio muito grande em reduzir a taxa de mortalidade por aborto, tendo em vista, o conhecimento restrito sobre o aborto legal, a formação médica deficiente neste assunto e a busca reprimida pelo procedimento.⁵ Ademais, a clandestinidade e a ilegalidade também dificultam na modificação desse cenário.⁴

De acordo com o artigo 128 do Código Penal Brasileiro, existem situações onde o aborto é legalizado, são elas: se não há outra forma de salvar a mãe; se a gravidez é precedida de estupro, neste caso com consentimento da gestante ou se menor de 18 anos, consentimento do responsável. Além destes, em 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF), incluiu anencéfalos. Por conseguinte, muitas mulheres temem as

consequências legais de um aborto e retardam a procura de atendimento médico, o que aumenta a gravidade do quadro, levando a complicações e acentuando as chances de óbito.^{4,9}

Estima-se que no país, ocorrem 240 mil internações por ano no SUS, para tratar mulheres com complicações decorrentes de abortamento, gerando gastos de 45 milhões de reais em média. Entretanto, esta estimativa nem sempre reflete nos números computados.⁶

Estudos realizados em 28 países demonstram que 23% das hospitalizações por aborto evoluem para morbidade materna grave e 1,5% para morte.⁷ A principal complicação observada foi hemorragia, porém a principal causa de óbito foi infecção.^{4,6,7} Desse modo, nota-se que esta é uma causa de morte evitável prevalente, principalmente em mulheres jovens.⁷ Ademais, sabe-se que a criminalização desse ato não faz com que deixem de ser realizados, o que corrobora para maior chance de um desfecho ruim.⁸

Se fizermos uma comparação, o Uruguai mesmo antes do aborto ser descriminalizado em 2012, já existiam estratégias para minimizar os riscos de mortalidade materna através de uma rede de apoio e suporte especializado para acompanhamento as gestantes, analisando situações as quais eram permitidas e avaliação de outras possibilidades, como adoção.⁹ Portanto, foram formados especialistas nessa problemática, que é tratada como uma questão de saúde pública, tornando-o mais seguro e então reduzindo as taxas de mortalidade. Para mais, foi observado que em comparação ao Brasil, onde o aborto é ilegal, as taxas de realização do mesmo em comparação ao Uruguai, são semelhantes, onde o diferencial está nos desfechos desfavoráveis, onde o maior país da América Latina se sobrepõe.¹⁰

Desta maneira, o presente estudo tem o objetivo de avaliar as taxas de mortalidade materna por aborto em âmbito nacional, permitindo que, com essa análise, ressalte-se os altos níveis de subnotificação e a necessidade de intervir neste problema de saúde pública que assola milhares de mulheres.

MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se uma coleta observacional, descritiva e transversal dos dados disponíveis no DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-SUS), no endereço eletrônico (<http://datasus.gov.br>), acessado entre setembro e dezembro de 2020 – em pacientes gestantes que sofreram aborto – não esclarecido, gestações que resultaram em aborto e abortos espontâneos- considerando também os óbitos por aborto em todo o Brasil no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018, avaliando o número de abortos e óbitos por região e Unidades de Federação (UF), ano de atendimento, faixa etária, taxa de mortalidade, óbitos e morte materna (**Figura 1**). Posteriormente, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos em inglês e português entre 2016 a 2020, selecionados através da banca de dados Scielo, Pubmed e LILACS.

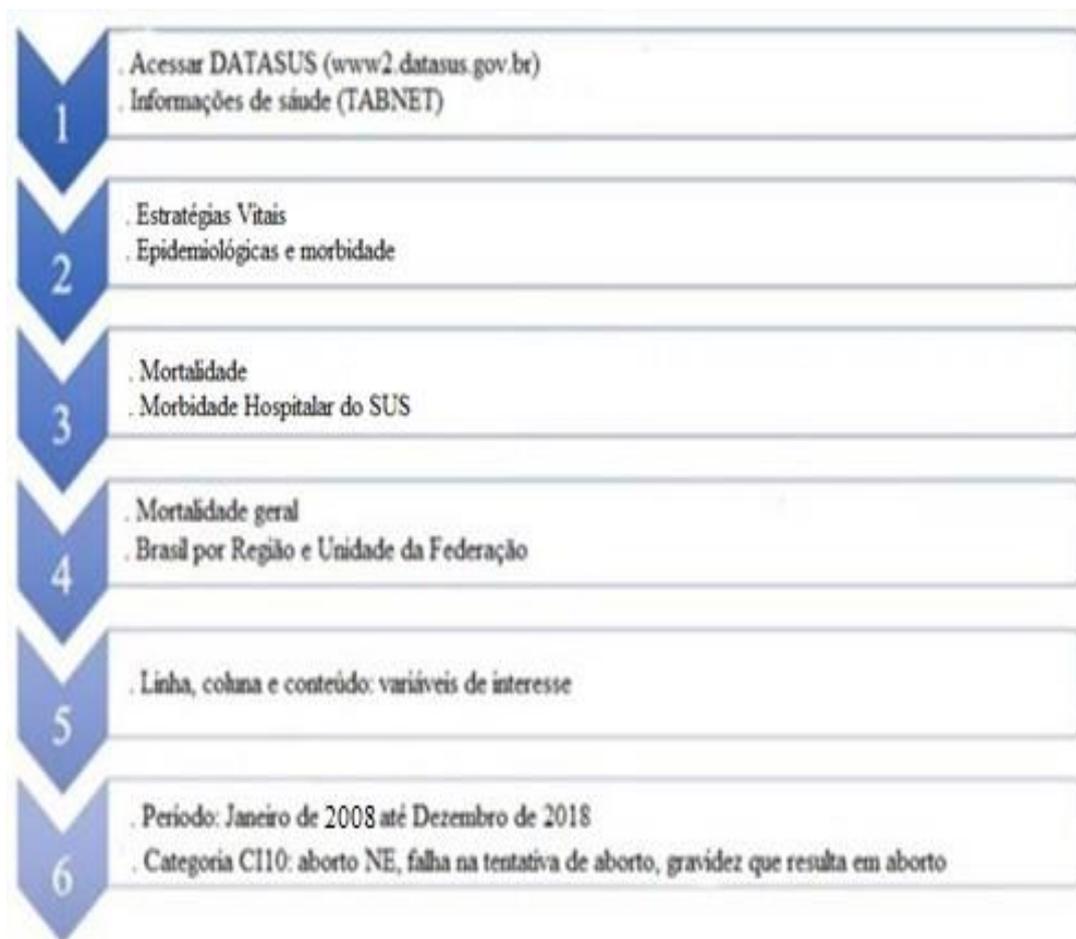


Figura 1. Fluxograma das etapas de acesso ao DATASUS.

RESULTADOS

No Brasil, no período analisado, ocorreram 2.286.876 intenações de gestações que terminaram em aborto, sendo a região mais incidente o Sudeste com 845.032 e menos no Centro-Oeste com 157.869 casos. O ano onde foram observados o maior e menor número de notificações foram, respectivamente em 2009 (220.092) e 2016 (194.836) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Número de intenações de gestações que terminaram em aborto por faixa região no período de 2008 até 2018.

| Ano | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 2008 | 23.312 | 73.482 | 79.878 | 23.163 | 15.205 | 214.949 |
| 2009 | 24.516 | 74.063 | 82.272 | 23.919 | 15.322 | 220.092 |
| 2010 | 23.704 | 74.061 | 81.474 | 23.452 | 14.535 | 217.226 |
| 2011 | 23.009 | 69.069 | 78.631 | 23.387 | 14.124 | 208.220 |
| 2012 | 22.576 | 67.948 | 76.467 | 24.138 | 13.716 | 204.845 |
| 2013 | 22.307 | 66.000 | 76.781 | 23.871 | 14.277 | 203.236 |
| 2014 | 21.357 | 67.038 | 77.123 | 24.383 | 13.981 | 203.882 |
| 2015 | 21.184 | 67.296 | 75.835 | 24.106 | 14.173 | 202.594 |
| 2016 | 21.353 | 62.336 | 72.958 | 24.335 | 13.854 | 194.836 |
| 2017 | 22.354 | 65.378 | 73.361 | 24.970 | 14.022 | 200.085 |
| 2018 | 22.231 | 65.572 | 70.343 | 25.105 | 14.660 | 198.911 |
| Total | 248.903 | 752.243 | 845.032 | 264.829 | 157.869 | 2.286.876 |

Quanto aos óbitos por região do período avaliado, foram relatados 797, sendo a região Sudeste a com maior taxa (352), e por último o Sul(60). Além disso, o número de mortes se manteve sem alterações de 2008 a 2018, tendo 2009 como o ano de maior valor (98) e 2014 com os menores números (55) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Número de óbitos por aborto por região no período de 2008 a 2018.

| Ano | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total |
|--------------|-----------|------------|------------|-----------|--------------|------------|
| 2008 | 8 | 17 | 39 | 4 | 8 | 76 |
| 2009 | 8 | 29 | 45 | 10 | 6 | 98 |
| 2010 | 6 | 20 | 44 | 4 | 5 | 79 |
| 2011 | 9 | 23 | 36 | 4 | 5 | 77 |
| 2012 | 10 | 18 | 28 | 7 | 6 | 69 |
| 2013 | 13 | 23 | 32 | 5 | 6 | 79 |
| 2014 | 5 | 11 | 24 | 4 | 1 | 55 |
| 2015 | 9 | 24 | 23 | 7 | 9 | 72 |
| 2016 | 4 | 12 | 28 | 5 | 7 | 56 |
| 2017 | 10 | 19 | 30 | 5 | 4 | 68 |
| 2018 | 14 | 16 | 23 | 5 | 10 | 68 |
| Total | 96 | 212 | 352 | 60 | 77 | 797 |

Em sequência, ao analisar do número de óbitos por faixa etária, os valores seguiram em consonância com a da avaliação das gestações que terminaram em aborto, onde existe maior prevalência nas idades de 20-29 anos, 364 mortes, 30-39 com 252, 15-19 com 122 e 40-49 com 49 (Tabela 3).

Tabela 3. Número de óbitos por aborto de acordo com a faixa etária no período de 2008 a 2018.

| Anos | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total |
|--------------|-----------|------------|------------|-----------|--------------|------------|
| 15-19 anos | 24 | 40 | 37 | 10 | 11 | 122 |
| 20-29 anos | 43 | 99 | 158 | 30 | 34 | 364 |
| 30-39 anos | 22 | 59 | 129 | 15 | 27 | 252 |
| 40-49 anos | 4 | 9 | 26 | 5 | 5 | 49 |
| Total | 93 | 207 | 350 | 60 | 77 | 787 |

Posteriormente, avaliando os dados quanto aos gastos totais devidos interações por aborto, nota-se um total de R\$ 521.099.594,21 em 10 anos (2008-2018). Ressalta-se a região Sudeste com maiores valores - total em 10 anos: R\$203.436.514,95 -

e maior evidência no ano de 2017 (R\$18.751.375,79). O local com menor custos foi o Centro-oeste, detendo de R\$36.714.670,10 durante esse intervalo de tempo. (Tabela 4)

Tabela 4. Valor total de internações por região das gestações que resultaram em aborto de 2008 a 2018.

| Ano | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Total |
|--------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 2008 | R\$4.681.115,19 | R\$14.118.454,84 | R\$16.869.804,80 | R\$4.873.080,13 | R\$3.088.480,74 | R\$43.630.935,70 |
| 2009 | R\$5.282.924,74 | R\$15.075.928,10 | R\$18.733.586,17 | R\$5.479.008,16 | R\$3.365.197,24 | R\$47.936.644,41 |
| 2010 | R\$5.075.286,38 | R\$15.359.913,80 | R\$18.812.688,40 | R\$5.465.292,27 | R\$3.277.365,72 | R\$47.940.546,57 |
| 2011 | R\$5.054.565,92 | R\$14.585.924,07 | R\$18.594.174,71 | R\$5.555.140,63 | R\$3.216.629,62 | R\$47.006.434,95 |
| 2012 | R\$5.007.228,62 | R\$14.428.494,73 | R\$18.371.089,34 | R\$5.786.422,49 | R\$3.174.440,83 | R\$46.767.676,01 |
| 2013 | R\$4.961.589,35 | R\$14.336.726,78 | R\$18.600.680,97 | R\$5.823.029,57 | R\$3.339.738,70 | R\$47.061.765,37 |
| 2014 | R\$4.764.021,49 | R\$14.730.693,04 | R\$18.993.998,93 | R\$6.052.910,23 | R\$3.292.223,93 | R\$47.833.847,62 |
| 2015 | R\$4.756.223,61 | R\$14.988.154,91 | R\$19.022.178,05 | R\$6.127.315,32 | R\$3.421.173,78 | R\$48.315.045,67 |
| 2016 | R\$4.984.447,57 | R\$14.159.041,32 | R\$18.546.833,32 | R\$6.175.588,98 | R\$3.381.368,98 | R\$47.247.280,17 |
| 2017 | R\$5.245.751,58 | R\$14.803.349,51 | R\$18.751.375,79 | R\$6.345.214,08 | R\$3.498.739,49 | R\$48.644.430,45 |
| 2018 | R\$5.405.679,61 | R\$14.940.515,35 | R\$18.140.104,47 | R\$6.519.376,70 | R\$3.703.111,07 | R\$48.714.987,29 |
| Total | R\$51.218.834,06 | R\$161.527.196,45 | R\$203.436.514,95 | R\$64.202.378,65 | R\$36.714.670,10 | R\$521.099.594,21 |

DISCUSSÃO

Ao fim da análise dos dados coletados, observa-se a predominância da região Sudeste tanto no número de gestações que evoluíram para aborto quanto no número de óbitos por aborto e maiores custos de internação, seja ele de qualquer natureza. Mesmo com os altos números encontrados nos sistemas de informações oficiais, estes relatam apenas uma parcela das mulheres que passam por situações abortivas.¹¹ Em 2016, o Brasil apresentava aproximadamente 37.287.746 mulheres de 18 a 39 anos, revelando, teríamos um total de 4,7 milhões de abortos nesse ano.²

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres representam aproximadamente 51% da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).¹² Todavia, essa assistência nem sempre é realizada de maneira a manter a segurança e integridade feminina. Muitas

sofrem a denominada “violência institucional”, definida pelo Ministério da Saúde como, “aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão”, principalmente quando esta se encontra em uma situação de vulnerabilidade, como é o caso do aborto.¹³

Mesmo mulheres com direitos legais para sua realização, a acessibilidade para realização de procedimentos no país é precária, com deficiência de uma equipe preparada para lhe oferecer assistência. Ademais, muitos profissionais se recusam a realizar o procedimento, mesmo que legal, influenciados por suas crenças e religiões¹⁴, além do medo da estigmatização de uma parcela sociedade, denominando-o “aborteiro”.¹⁵

Há uma grande importância na diferenciação entre aborto seguro e inseguro devido aos diferentes desfechos que podem resultar, como uma melhor recuperação saúde física e mental do indivíduo, e em complicações que podem colocar sua vida em risco, respectivamente, no que se trata da saúde da mulher. No mundo estima-se que haja 19-20 milhões de abortos inseguros, esse alto número impacta diretamente nos índices de mortalidade materna.¹⁶

A hemorragia é a complicação mais comum, porém a mais fatal é a infecção, e estes fatores contribuem para maiores subnotificações, visto que estes acabam entrando como causa e não consequência.^{7,18} Situações como essa corroboram para falhas no preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e sub-registro.⁴ Como uma das formas de tentar minimizar esta adversidade mostra-se necessário enfatizar aos estudantes e médicos as definições de morte, seja ela materna, aborto ou infantil, além da inclusão de todas as comorbidades nos atestados de óbito.¹⁹

De mais a mais, as complicações resultam em internações que implicam em altos custos, demonstrando que esse é um setor da saúde que necessita de investimentos e recursos, principalmente em atenção primária, objetivando reduzir as complicações que resultam em internações.^{6,20}

Além disso, outro fator que interfere diretamente nos índices de mortalidade materna, é a qualidade e o funcionamento da assistência em saúde oferecida. Analisando os dados coletados neste estudo, evidenciou-se a região Sul em terceiro lugar no número de internações por aborto, entretanto quando observamos os

percentuais sobre óbitos, essa região passa para o quinto e último lugar, com o menor índice. Em geral, quanto maior o nível socioeconômico e a oferta de serviço, mais eficaz é o funcionamento, haja vista que mais pacientes vão procurar atendimento precocemente e menos terão maiores complicações que possam resultar em óbito.²¹

As informações coletadas demonstram que mulheres jovens entre 20 e 29 anos, são as que mais realizam aborto e as que mais morrem também. Outrossim, as principais vítimas são as que estão em maior situação de vulnerabilidade social, sendo em sua maioria jovens, negras e com menor renda, sendo diversas vezes expostas a racismo e sexismo institucional.^{4,17} Mulheres negras são as mais vulneráveis nessa sociedade porque se deparam com desigualdade social, racial e de gênero, apresentando também acesso mais restrito aos métodos de contracepção.²²

Um atendimento humanizado é indispensável, devendo ser feito por meio do respeito à opção do aborto, bem como a presença de uma equipe especializada para realizar etapas como acolhimento, aconselhamento, informação, profissionais competentes e seus direitos assegurados. Portanto, todas as gestantes devem ser acolhidas pelos profissionais de saúde, seja em casos de aborto natural ou provocado, mesmo que de forma culposa, onde independentemente a mulher tem direito constitucional à saúde, nas referências do artigo 196 da Constituição Federal.^{1,23} Portanto, faz-se necessário a prestação de serviços humanizados na assistência prestada à saúde da mulher, visto que sua negligência pode provocar danos físicos - infecções e hemorragias - e psicológicos - depressão, suicídio - a ela.²⁴

Organizações internacionais buscam ampliar o acesso aos cuidados pós-abortamento, objetivando melhorar a assistência. Em contrapartida, muitos apoiam leis que incriminam mulheres que abortam, dificultando o funcionamento prestado pelos profissionais de saúde.²⁵

Por fim, é importante salientar que a acessibilidade proposta pela plataforma DATASUS é muito benéfica para análises e formações científicas em âmbito nacional, todavia é um sistema que apresenta falhas no seu preenchimento, visto que em proporção às pesquisas realizadas, os números encontrados se encontram abaixo do esperado.^{2,7,12,18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o aborto e principalmente os óbitos decorrentes dele, são um problema de saúde pública que se mantém presente na sociedade mesmo com o passar dos anos. Sendo as mortes por aborto consideradas evitáveis, se faz necessária a implementação de propostas que viabilizem a redução desses números, como o atendimento humanizado e individualizado para essas mulheres, principalmente aquelas encontradas em situações de maior vulnerabilidade social.

Através de um atendimento mais direcionado ao público alvo da mortalidade materna por aborto, entendendo quais são as regiões que necessitam de mais recursos, posteriormente mais mulheres buscariam auxílio seguro e menos serão expostas a maiores riscos de complicações que podem levar à morte. Esta assistência e aumento dos investimentos para esse público, além de melhorarem a qualidade de vida e saúde de milhares de mulheres, proporciona também uma redução dos custos de internações e complicações evitáveis decorrentes desse evento.

REFERÊNCIAS

1. DOMINGOS Selisvane Ribeiro da Fonseca, Merighi Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2010 Mar; 14 (1): 177-181.
2. DINIZ DEBORA, Medeiros Marcelo, Madeiro Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017 Fev; 22 (2): 653-660.
3. DOMINGUES Rosa Maria Soares Madeira, Fonseca Sandra Costa, Leal Maria do Carmo, Aquino Estela M. L., Menezes Greice M. S.. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(1): e00190418.
4. MARTINS EUNICE, Almeida Pollyanna, Paixão Cilene, Bicalho Paula, Errico Livia. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. Caderno de saúde pública. 2017 Feb 13;33(1):e00133115.
5. FONSECA SC, Domingues RMSM, Leal MDC, Aquino EML, Menezes GMS. Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018. Caderno de saúde pública. 2020 Fev 10;36(1):e0018971.
6. SANTOS Vanessa Cruz, Anjos Karla Ferraz dos, Souzas Raquel, Eugênio Benedito Gonçalves. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Revista Bioética 2013 Dec; 21(3): 494-508

7. NUNES Maria das Dores Sousa, Madeiro Alberto, Diniz Debora. Mortes maternas por aborto entre adolescentes no Piauí, Brasil. *Saúde debate*. 2019 Oct; 43(123): 1132-1144
8. CALVERT Clara, Owolabi OO, Yeung Felicia, Pittrof Rudiger, Ganatra Bela, Tunçalp Ozge, Adler AJ, Filippi Veronique. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta- regression. *BMJ Glob Health*. 2018;3:e000692.
9. GUIGLIANI Camila, Ruschel AE, Silva MCB, Maia MN, Oliveira DOPS. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista brasileira de medicina da família e comunidade*. 2019 Jan;14(41):1791.
10. OLIVEIRA AA. Aspectos jurídicos e sociais do aborto: um estudo comparativo (Brasil-Uruguai) [Artigo]. Universidade Federal Rural do Semiárido; 2017.
11. LIMA KJ, Pinto FJM, Carvalho FHC, Linard CFBM, Santos FCR, Teófilo FKS. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. *Caderno Saúde Coletiva*. 2020;28(1):77-86.
12. KLASENER Carolina. Perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas na emergência de ginecologia de um hospital terciário [Trabalho de conclusão de curso]. Passo Fundo: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2018.
13. MADEIRO Alberto Pereira, Rufino Andréa Cronemberger. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 Ago; 22(8): 2771-2780.
14. GALLI Beatriz. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1): e00168419.
15. FAÚNDES Aníbal. A importância de discutir abertamente o problema do aborto para a proteção e promoção da saúde da mulher. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1): e00003920.
16. CECATTI José Guilherme, Guerra Gláucia Virgínia de Queiroz Lins, Sousa Maria Helena de, Menezes Greice Maria de Souza. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010 Mar; 32(3): 105-111.
17. BORSARI Cristina MG, Nomura Roseli MY, Benute Gláucia Guerra, Nonnenmacher Danielle, Lucia MCS. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Feminina*. 2012 Mar;40(2):63-68
18. KALE Pauline Lorena, Jorge Maria Helena Prado de Mello, Fonseca Sandra Costa, Cascão Angela Maria, Silva Kátia Silveira da, Reis Ana Cristina. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 Maio; 23(5): 1577-1590.

19. PILECCO Flávia B, Knauth Daniela Riva, Vigo Álvaro. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. Caderno de saúde pública. 2011 Mar;27(3):427-439.
20. MCCALLUM Cecilia, Menezes Greice, Reis Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2016 Mar; 23(1): 37-56.
21. ALBUQUERQUE Ana Coelho de, Cesse Eduarda Ângela Pessoa, Felisberto Eronildo, Samico Isabella Chagas, Frias Paulo Germano de. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(2): e00065218.
22. GOES Emanuelle Freitas, Menezes Greice M. S., Almeida Maria-da-Conceição C., Araújo Thália Velho Barreto de, Alves Sandra Valongueiro, Alves Maria Teresa Seabra Soares Britto. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(1): e00189618.
23. LINS-Kusterer Liliane, Lins Matheus, Vasconcelos Camila. Aborto: atenção jurídica e aspectos legais. Revista brasileira de pesquisa em saúde. 2010 Apr 01;21(2):40-50.
24. ROCHA Magda Jardim, Grisi Erika Porto. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. Revista multidisciplinar e de psicologia. 2017;11(38):623-635.
25. ADESSE Leila, Jannotti Claudia Bonan, Silva Katia Silveira da, Fonseca Vania Matos. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. Ciênc. saúde coletiva. 2016 Dez; 21(12): 3819-383.