

**MORTALIDADE POR GRAVIDEZ QUE TERMINA EM ABORTO NO ESTADO  
DO PARÁ DE 2011 A 2021: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DAS  
DESIGUALDADE**

**MORTALITY DUE TO PREGNANCY ENDING IN ABORTION IN THE  
STATE OF PARÁ FROM 2011 TO 2021: AN INTERSECTIONAL ANALYSIS  
OF INEQUALITIES**

**MORTALIDAD POR EMBARAZO QUE TERMINA EN ABORTO EN EL  
ESTADO DE PARÁ DE 2011 A 2021: UN ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE  
LAS DESIGUALDADES**

**Brenda Rafaela Prestes Moreira**

Universidade Federal do Pará, Brasil  
<http://orcid.org/0009-0002-2612-221X>  
prestesbrenda0@gmail.com

**Eric Renato Lima Figueiredo**

Universidade Federal do Pará, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0002-9383-8392>  
[eric.figueiredo@ics.ufpa.br](mailto:eric.figueiredo@ics.ufpa.br)

**Kellem Cristina Prestes Melo**

Universidade Federal do Pará  
<http://orcid.org/0009-0007-5689-6386>  
kellemmelo@ufpa.br

**Benedita Alcidema Coelho Dos Santos Magalhães**

Universidade Federal do Pará, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0001-7536-5184>  
alcidema.magalhaes@gmail.com

**RESUMO**

O objetivo desta pesquisa é investigar a mortalidade por gravidez que termina em aborto, no estado do Pará, no período de 2011 a 2021. Estudo transversal, descritivo e espacial temático através dos Sistemas de informação de Mortalidade e de Nascidos Vivos. Calculou-se a razão de mortalidade segundo informações sociodemográficas, causa específica, método de

investigação do óbito e o fluxo de migrações segundo local de residência para local de ocorrência. De 2011 a 2021, 83 mulheres morreram, sendo o perfil sociodemográfico das vítimas mulheres jovens, negras e com certo grau de instrução. As causas mais comuns de morte por aborto foram gravidez ectópica e aborto não especificado. Mesorregiões com maior taxa de mortalidade por aborto foram Marajó, Sudoeste Paraense e Baixo Amazonas. O fluxo de mulheres que morreram por aborto concentrou-se nas mesorregiões do Nordeste Paraense, Marajó, Sudoeste Paraense e Baixo Amazonas em direção à Região Metropolitana de Belém. A pesquisa fornece uma visão exploratória e abrangente da mortalidade de mulheres gravidez que termina em óbito no estado do Pará de 2011 a 2021. A análise destaca a necessidade de políticas de saúde direcionadas, com ênfase particular nos grupos e regiões mais vulnerabilizadas identificadas pela análise.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna; Aborto; Sistema Único de Saúde; Papel de Gênero; Geografia Médica.

#### ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the mortality due to pregnancies ending in abortion in the State of Pará between 2011 and 2021. This is a cross-sectional, descriptive and spatial thematic study using the Mortality and Live Birth Information Systems. The mortality rate was calculated according to sociodemographic information, specific cause, method of death investigation and migration flow according to place of residence to place of occurrence. From 2011 to 2021, 83 women died, with the socio demographic profile of the victims being young, black women with a certain level of education. The most common causes of abortion deaths were ectopic pregnancy and unspecified abortion. The meso regions with the highest abortion mortality rates were Marajó, Southwest Paraense and Baixo Amazonas. The flow of women who died from abortion was concentrated in the mesoregions of Nordeste Paraense, Marajó, Sudoeste Paraense and Baixo Amazonas towards the metropolitan region of Belém. The research provides an exploratory and comprehensive overview of the mortality of pregnant women who die in the State of Pará from 2011 to 2021. The analysis highlights the need for targeted health policies, with special emphasis on the most vulnerable groups and regions identified by the analysis.

**Keywords:** Maternal Mortality; Abortion; Unified Health System; Gender Role; Geography, Medical.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es investigar la mortalidad debido a embarazos que terminaron en aborto en el Estado de Pará entre 2011 y 2021. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y temático espacial utilizando los Sistemas de Información de Mortalidad y Nacidos Vivos. Se calculó la tasa de mortalidad según la información sociodemográfica, causa específica, método de investigación de la muerte y flujo migratorio según el lugar de residencia y el lugar de ocurrencia. De 2011 a 2021, fallecieron 83 mujeres, con un perfil sociodemográfico de víctimas jóvenes, mujeres negras con cierto nivel de educación. Las causas más comunes de muerte por aborto fueron el embarazo ectópico y el aborto no especificado. Las mesorregiones con las tasas de mortalidad por aborto más altas fueron Marajó, Sudoeste Paraense y Baixo Amazonas. El flujo de mujeres que murieron por aborto se concentró en las mesorregiones de Nordeste Paraense, Marajó, Sudoeste Paraense y Baixo Amazonas hacia la región metropolitana de Belém. La investigación proporciona una visión exploratoria y completa de la mortalidad de mujeres embarazadas que mueren en el Estado de Pará de 2011 a 2021. El análisis destaca la necesidad de políticas de salud dirigidas, con especial énfasis en los grupos y regiones más vulnerables identificados por el análisis.

**Palabras clave:** Mortalidad Materna; Aborto; Sistema Único de Salud; Rol de Género; Geografía Médica

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil (Figueiredo et al., 2024), especialmente na região Norte, onde os índices são alarmantes (Orellana et al., 2022; Uliana et al., 2022). Entre as principais causas dessas mortes, destaca-se o aborto (Costa; Oliveira; Lopes, 2021). O aborto, por sua vez, assume a complexa dimensão de fenômeno multifacetado, entrelaçando aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos, legais e éticos, que se configuram de forma dinâmica de acordo com o contexto histórico e geográfico (Domingos; Merighi, 2010).

Mais do que um problema de saúde, o aborto transcende para a esfera dos direitos humanos, envolvendo a autonomia, dignidade, liberdade e igualdade das mulheres. Tais direitos, no entanto, são frequentemente violados em países onde o aborto é criminalizado e estigmatizado, como o Brasil (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020; Biroli, 2018, p. 81).

O aborto pode ser definido como a interrupção da gravidez antes do período em que o feto teria condições de sobreviver fora do útero, podendo ocorrer de forma espontânea ou provocada (Lavelanet et al., 2018). No Brasil, o aborto provocado é considerado crime, exceto em situações específicas como estupro, risco de vida para a gestante ou anencefalia fetal (Aguiar et al., 2018). Essa criminalização, no entanto, impulsiona muitas mulheres a recorrerem a métodos inseguros e clandestinos para interromper a gravidez, colocando-as em risco de graves complicações como infecções, hemorragias, perfuração uterina e até mesmo morte (Van Look; Cottingham, 2002).

Além do aborto provocado, é fundamental considerar o impacto do aborto espontâneo, um evento natural que, por vezes, resulta em complicações sérias e contribui para os índices de mortalidade materna (Menezes et al., 2022). As mulheres que vivenciam abortos espontâneos frequentemente enfrentam desafios emocionais e físicos significativos, evidenciando a complexa realidade deste fenômeno no contexto da saúde materna (Benute et al., 2009).

No contexto da mortalidade materna por aborto no Pará, duas perspectivas geográficas se destacam como ferramentas essenciais para a compreensão e enfrentamento dessa problemática: a Geografia da Saúde e a Geografia Feminista.

A Geografia da Saúde, com seu enfoque nas desigualdades espaciais que impactam a saúde das populações, contribui para a identificação de disparidades na distribuição da mortalidade materna por aborto. Estudos demonstram que as taxas desse indicador são mais elevadas em áreas rurais, com menor renda e acesso precário a serviços de saúde (Leal et al., 2018). Essa análise espacial permite mapear áreas de maior vulnerabilidade e direcionar ações de forma mais precisa e eficaz.

Por sua vez, a Geografia Feminista, com seu olhar crítico sobre as relações de gênero e as desigualdades que permeiam o espaço geográfico, explora as formas de dominação, exclusão e resistência que afetam as experiências e as identidades das mulheres em diferentes contextos (Moreira, 2022). Essa perspectiva contribui para a compreensão das raízes socioculturais da mortalidade materna por aborto, considerando os fatores sociais, culturais e políticos que limitam o acesso das mulheres à saúde reprodutiva e à autonomia sobre seus corpos.

Ao conjugarmos as lentes da Geografia da Saúde e da Geografia Feminista, podemos aprofundar o entendimento das causas e dos fatores associados à mortalidade materna por gravidez que termina em aborto no Pará. Essa visão abrangente é fundamental para a formulação de políticas públicas eficazes que visem à redução desse problema e à promoção da saúde materna, garantindo o direito das mulheres à saúde integral e à autonomia corporal.

As perspectivas da Geografia da Saúde e da Geografia Feminista também agregam os conceitos de espacialidade e interseccionalidade e possibilitam a capacidade de analisar como diferentes formas de opressão e desigualdade se manifestam e se interrelacionam no espaço geográfico (Simon; Borsoi, 2022; Guimarães, 2015). A espacialidade nos permite entender como as disparidades socioeconômicas, raciais e de gênero são distribuídas territorialmente (Heidrich, 2005; Smith, 1988), simultaneamente, a interseccionalidade revela as múltiplas dimensões de opressão que as mulheres, especialmente as negras e de baixa renda, enfrentam, afetando o acesso das mulheres aos serviços de saúde e influenciando suas condições de vida (Barbosa et al., 2021).

O conceito de gênero também assume papel fundamental na pesquisa, sob a perspectiva da teoria geográfica com matizes feministas (Silva, 1998). Segundo Joan Scott, a categoria de gênero se configura como elemento intrínseco às interações sociais, fundamentado nas disparidades percebidas entre os sexos, constituindo-se, portanto, em manifestação crucial das relações de poder (Scott, 1990).

Essa perspectiva destaca a intrínseca ligação do gênero com as relações interpessoais, que englobam dinâmicas de subordinação e domínio. As discrepâncias biológicas entre os sexos são transformadas em desigualdades sociais ou exclusão, por meio dessas dinâmicas. É importante salientar que a sexualidade se configura como característica inalterável de cada indivíduo, e não como um estado invariável que define sua posição no mundo, suas oportunidades, escolhas, trajetórias, experiências e contextos (Silva, 1998).

O conceito de gênero se mostra crucial para a pesquisa da mortalidade por gravidez que termina em aborto no Pará. Através dessa lente, é possível compreender como as relações de gênero (Silva, 2003) impactam a saúde reprodutiva das mulheres,

influenciando diretamente as condições e interseccionalidades presentes nos óbitos maternos paraenses.

Diante deste cenário é importante investigar as causas e fatores associados à mortalidade de mulheres devido a gravidez que termina em aborto no estado do Pará como forma de amplificar o debate bem como subsidiar políticas públicas acerca desta temática através de estudos baseados em evidências. Desta forma o objetivo deste estudo é investigar a mortalidade por gravidez que termina em aborto, no estado do Pará, no período de 2011 a 2021.

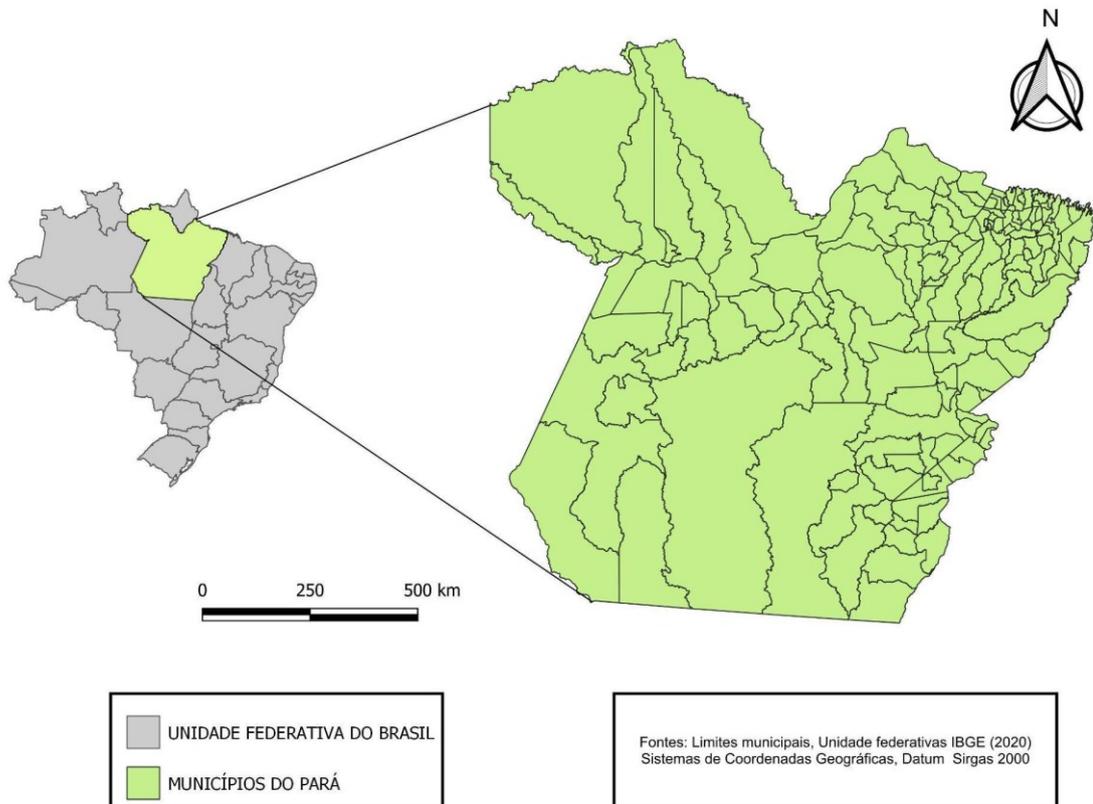
## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Tipo de estudo**

Estudo transversal com abordagem descritiva e espacial temática (Lima-Costa; Barreto, 2003).

### **Área, população e período de estudo**

O Estado do Pará (Figura 1) está localizado na região Norte do Brasil e possui uma área territorial de aproximadamente 1.248.000 km<sup>2</sup>. Com uma população estimada em mais de 8 milhões de habitantes, o Pará é um estado de grande diversidade cultural e étnica, abrigando diversas comunidades tradicionais como ribeirinhos, quilombolas e indígenas. O estado é dividido em 144 municípios e 6 mesorregiões, sendo elas Baixo Amazonas, Marajó, Metropolitana de Belém, Nordeste Paraense, Sudoeste Paraense e Sudeste Paraense (IBGE, 2023).



**Figura 1.** Mapa de localização do Estado do Pará, Brasil.

A população de estudo inclui mulheres do estado do Pará que evoluíram a óbito por gravidez que termina em aborto a partir da referência da Lista de Tabulação CID 10 pelos códigos da causa básica de morte, atribuída para gravidez que termina em aborto (088: O00-O08), no período de 2011 à 2021. Este período de tempo específico a partir de 2011 se deu por conta do início da consolidação e padronização dos novos formulários da Declaração de Óbito (DO) contendo os dados disponíveis para livre acesso na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), especificamente no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), e o término em 2021 por ser o período limite com disponibilidade de acesso aos dados completos.

### **Base de dados e variáveis**

Os dados foram coletados através do pacote microdatasus (Saldanha; Bastos; Barcelos, 2019) do RStudio: *Integrated Development Environment for R* (2016) a partir

das informações disponíveis no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). O SIM é responsável pelo registro de todas as mortes ocorridas em território nacional, já no SINASC são registradas informações sobre os nascidos vivos no país. Ambos são gerenciados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A utilização dos dados disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para a elaboração de políticas públicas e ações de saúde mais efetivas no Estado do Pará, visando a redução da mortalidade e o aumento da qualidade de vida da população.

A partir dos óbitos segundo local de residência da falecida no período de 2011 a 2021 por gravidez que termina em aborto codificados na CID 10 (088: O00-O08) no estado do Pará foram calculadas as razões de mortalidade materna segundo local de residência da mãe e ano de ocorrência por meio do cálculo:

Número de óbitos maternos por gravidez que termina em aborto

$$\frac{\text{Número de óbitos maternos por gravidez que termina em aborto}}{100.000} \times \text{Número de nascidos vivos.}$$

Foram selecionadas informações com características sociodemográficas das mulheres que vieram a óbitos por gravidez que terminam em aborto, sendo elas faixa-etária (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos), raça/cor (Branca, Preta, Amarela, Parda e Indígena), escolaridade (Nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 anos e mais), estado civil (Solteiro, Casado, Viúvo, Separado judicialmente e União Consensual), fonte de investigação (Estabelecimento de Saúde / Prontuário, Múltiplas fontes, Visita domiciliar, e IML) e Causas Específicas do óbito (Gravidez ectópica, Aborto não especificado, Aborto retido, Mola hidatiforme, Falha de tentativa de aborto, Aborto espontâneo, Outros tipos de aborto, Complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar, Aborto por razões médicas e legais). Outro dado coletado nos sistemas de informação do DATASUS foi o total de estabelecimentos de saúde de acordo com as Regiões de Saúde do Estado do Pará para o ano de 2023.

Pelo portal de dados abertos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram obtidas informações das bases cartográficas com Sistema de Referência

Geodésico (SIRGAS 2000) em conjunto com o Sistema de Coordenadas Geográficas e codificação de texto UTF-8. No portal do IBGE também foram coletados indicadores municipais do Desenvolvimento Sustentável do censo de 2010, classificados e distribuídos a partir do acervo do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2023) sendo estes: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Renda; IDHM Educação; percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada; e percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório.

### **Análise dos dados**

Inicialmente foi calculada a frequência absoluta e relativa para as variáveis sociodemográficas e clínicas de mulheres que vieram a óbito por gravidez que termina em aborto no estado do Pará de 2011 a 2021. Em seguida foi calculada a razão de mortalidade agregada para cada mesorregião e padronizada para 100.000 habitantes. Também foi calculado o fluxo de deslocamento de mortalidade entre mesorregiões do Pará através da quantidade de mulheres em que o óbito ocorreu em um município diferente (Município de Ocorrência) do município de residência da falecida.

Com a tabulação e decomposição destas informações através do RStudio foram preparados os bancos de dados geográficos para a análise espacial por meio da construção de um mapa temático representando a média móvel da Razão de Mortalidade por gravidez que termina em óbito, de acordo com local de residência, nas mesorregiões do Pará, por meio de três classes em intervalos iguais dispostas em ordem crescente de 2011 a 2021. A representação da Razão de Mortalidade se deu nas mesorregiões para evitar vieses relativos a municípios com menos de 100.000 habitantes. Também foi criado um mapa de fluxo com a descrição do número de óbitos de acordo com o deslocamento segundo município de residência (Origem) para municípios de ocorrência (Destino) no período analisado.

Os mapas temáticos seguintes foram elaborados a partir da representação dos indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2023) para os municípios, e a distribuição do total de estabelecimentos de saúde de acordo com as Regiões de Saúde do estado do Pará. Para construção dos mapas temáticos foi utilizado o software QGIS *Desktop*, versão 3.28.

### **Quadro teórico analítico**

Para sustentar a análise e discussão dos resultados, foi desenvolvida uma revisão narrativa de caráter explicativo por meio de referencial bibliográfico composto a partir da articulação de estudos nos campos da Geografia da Saúde e da Geografia Feminista. Estes estudos abordaram as temáticas do aborto e o papel da espacialidade nas desigualdades na mortalidade materna.

Sob o aspecto das interseccionalidades e o papel da espacialidade nas desigualdades relacionadas aos óbitos por aborto no estado do Pará, foram elaborados dois tópicos temáticos nos resultados e discussão, norteados pelo arcabouço do quadro teórico analítico: Espacialidade nas desigualdades relacionadas à mortalidade por aborto no Pará e Interseccionalidades nos óbitos por gravidez que termina em aborto no Pará.

A espacialidade refere-se à maneira como o espaço e as relações espaciais influenciam e são influenciadas pelas desigualdades sociais. Neil Smith, com seu foco no desenvolvimento desigual e combinado, oferece uma perspectiva crítica sobre como o espaço é produzido e reproduzido através das relações capitalistas, gerando desigualdades. Smith argumenta que o desenvolvimento capitalista é inerentemente desigual e combinado, resultando em uma geografia de desigualdade que afeta desproporcionalmente as populações marginalizadas (Smith, 1988).

A interseccionalidade é um conceito chave para entender como múltiplas formas de opressão, como raça, gênero, classe e sexualidade, interagem para criar experiências únicas de discriminação e privilégio. Originalmente desenvolvido por Kimberlé Crenshaw, o conceito tem sido amplamente discutido e expandido por diversas autoras, como Patricia Collins, Bell Hooks, Carla Akotirene, Lélia González, Sueli Carneiro e Jaqueto Pereira. Kimberlé Crenshaw introduziu o termo para evidenciar como as mulheres negras enfrentam uma combinação de racismo e sexismo, que não pode ser compreendida isoladamente (Abdalla, 2020).

### **Aspectos éticos**

Este estudo analisou dados secundários disponíveis em bases de dados de acesso aberto mantidas pelo Ministério da Saúde do Brasil de maneira irrestrita. Portanto, não

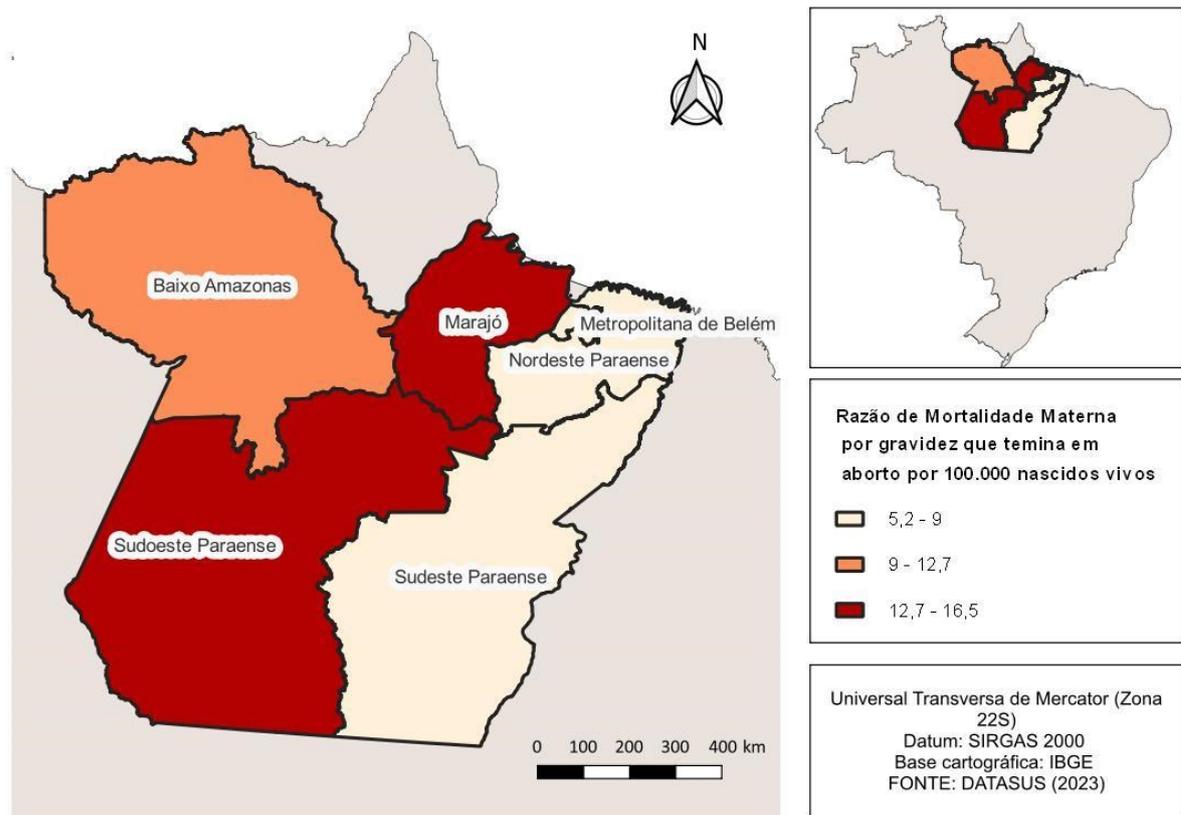
foi necessária avaliação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orientações do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A mortalidade materna relacionada ao aborto é um desafio global e no estado do Pará, essa questão merece uma atenção especial. Sua vasta extensão territorial e diversidade socioeconômica apresenta desafios únicos em relação à saúde materna. Este estudo propõe investigar a mortalidade por gravidez que termina em aborto, no estado do Pará, no período de 2011 a 2021. Abordar essa temática é importante não apenas para compreender a magnitude do problema, mas também para fornecer subsídios que possam contribuir para a formulação de políticas públicas eficazes para a promoção da saúde das mulheres.

### **Espacialidade nas desigualdades relacionadas à mortalidade por aborto no Pará**

Na análise espacial dos resultados ilustrada na Figura 2, ressalta-se as discrepâncias regionais em mortalidade materna por aborto, refletindo uma distribuição desigual de recursos, tanto socioeconômicos quanto de saúde. Tais variações podem ser atribuídas à alocação desigual de serviços de saúde e à falta de acesso a cuidados adequados em áreas rurais, o que pode intensificar essas disparidades (Ireland; Belton; Doran, 2020). O cenário no Pará reflete uma realidade global de desigualdades baseadas no local de residência: enquanto em muitas regiões do hemisfério norte as mulheres têm acesso seguro ao aborto, notam-se disparidades significativas entre as nações. Na América Latina, a autonomia feminina é frequentemente limitada (Moraes, 2016). Contudo, experiências como a da Argentina, que após três anos da legalização do aborto, mostram indicadores positivos, como a redução da mortalidade materna e da gravidez na adolescência, em parte graças ao programa de educação sexual integral (Ramos et al., 2023).



**Figura 2.** Média Móvel da Razão de Mortalidade Materna por gravidez que termina em aborto nas Mesorregiões do Pará, 2011 a 2021.

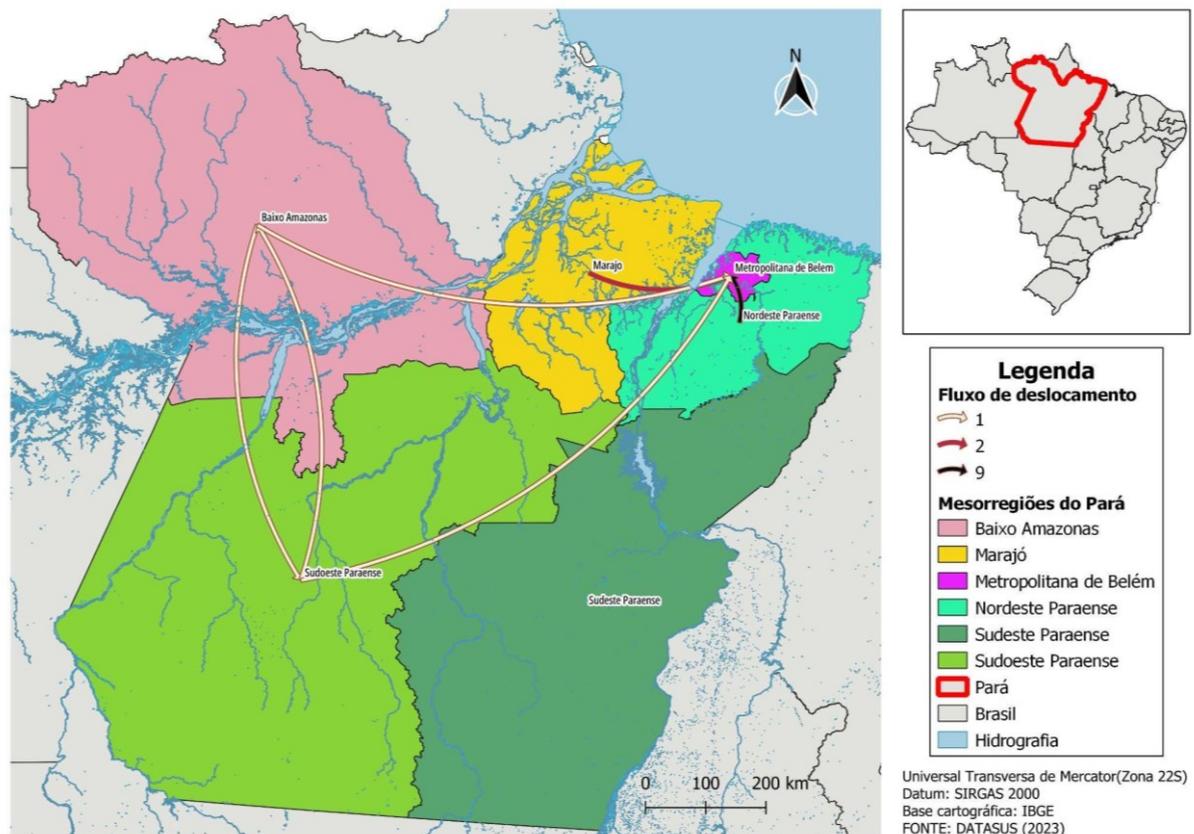
Os dados indicam uma necessidade em adotar medidas que melhorem o acesso aos serviços de saúde materno-infantil e ao planejamento familiar. É fundamental implementar políticas públicas que assegurem o direito ao aborto seguro. A falta dessas políticas é um fator crucial nas disparidades regionais observadas, sublinhando a necessidade de uma estratégia integral que aborde as complexidades da mortalidade materna por aborto (Ganatra; Faundes, 2016; Culwell et al., 2010).

A mortalidade materna por aborto no Pará serve como um indicador crítico das condições de saúde e das desigualdades enfrentadas pelas mulheres na região, marcada por uma diversidade de realidades socioespaciais. Mulheres em comunidades tradicionais — indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de áreas periféricas — enfrentam obstáculos significativos no acesso a serviços de saúde de qualidade, essenciais para uma atenção integral à saúde reprodutiva, que abrange prevenção, diagnóstico e tratamento de complicações do aborto (Moraes, 2016). Além disso, essas mulheres estão

frequentemente submetidas a normas culturais, religiosas e familiares que limitam sua autonomia e direitos reprodutivos (Sousa; Tavares; Rocha, 2018). Em contraste, mulheres em áreas urbanas, mais desenvolvidas, tendem a ter maior acesso a informações, métodos contraceptivos e assistência médica (White; Speizer, 2007).

Estes resultados reforçam as abordagens da Geografia da Saúde e da Geografia Feminista, destacando a relevância das dimensões espaciais, sociais e culturais na análise da saúde materna e do aborto. A Geografia da Saúde evidencia que os padrões de saúde e doença são influenciados por fatores ambientais, econômicos, políticos e demográficos, que moldam a exposição, a vulnerabilidade e o acesso aos cuidados de saúde (Miranda, 2008). Por outro lado, a Geografia Feminista enfatiza como as experiências de saúde, gravidez e aborto das mulheres são influenciadas pelas dinâmicas de gênero, que afetam suas oportunidades, direitos, responsabilidades e riscos em diversos contextos (Barroso, 2023).

As disparidades regionais em relação ao acesso aos serviços de saúde são evidenciadas nas Figura 3 e Figura 4. O fluxo de deslocamento das mulheres que faleceram devido a gravidez que terminou em aborto no Pará, de 2011 a 2021 (Figura 3), mostra movimentações entre as mesorregiões. Foram registrados 9 deslocamentos do Nordeste Paraense para a Região Metropolitana, 2 deslocamentos do Marajó para a Região Metropolitana, 1 deslocamento do Baixo Amazonas para o Sudoeste Paraense, 1 deslocamento do Sudoeste Paraense para o Baixo Amazonas, 1 deslocamento do Baixo Amazonas para a Região Metropolitana, e 1 deslocamento do Sudoeste Paraense para a Região Metropolitana.



**Figura 3.** Fluxo de deslocamento por mesorregião de residência para mesorregião de ocorrência entre mulheres que faleceram por gravidez que termina em aborto no Pará, 2011-2021.

Uma maior frequência de migrações pode indicar que mulheres residentes em áreas com menos de recursos de saúde tendem a deslocar-se em busca de atendimento em locais onde há maior disponibilidade de serviços (Peters et al., 2008), uma tendência particularmente notável no âmbito da saúde materna (Clavijo, 2012). Ressalta-se, portanto, a importância de políticas públicas de saúde, especialmente as voltadas para o cuidado materno-infantil, que levem em consideração os desafios da locomoção fluvial e que sejam adaptadas às singularidades da região amazônica e seus rios.

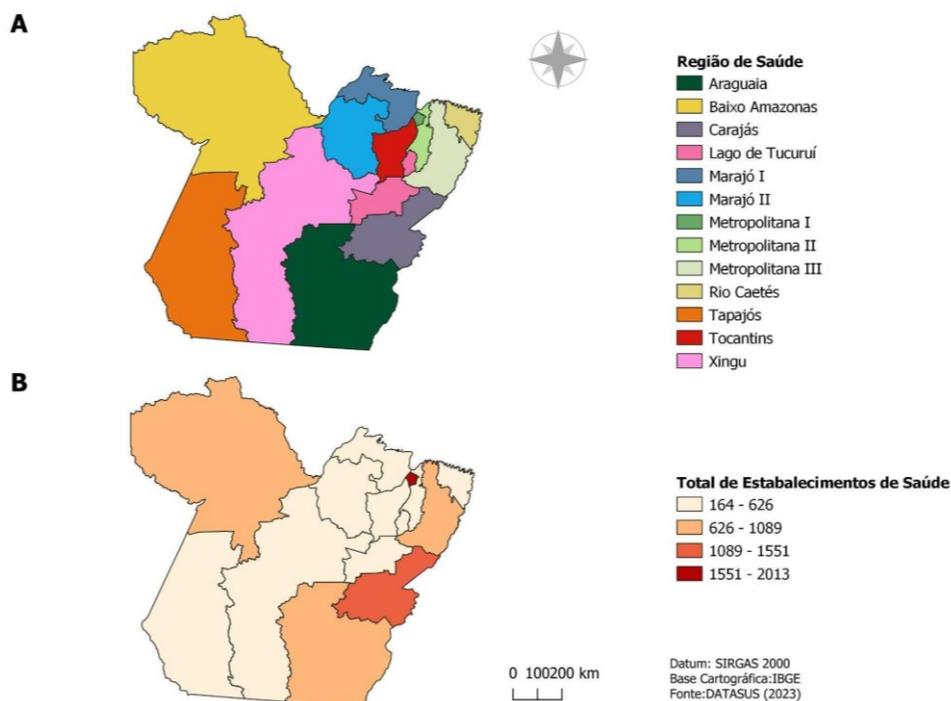
A análise espacial temática na Figura 3 destaca um padrão de deslocamento das mulheres que faleceram por complicações de aborto, direcionando-se principalmente para a Região Metropolitana de Belém. Este centro urbano, sendo a capital do estado, concentra os serviços de saúde de média e alta complexidade (Cristo, 2012). O padrão

observado sugere que mulheres das regiões do Nordeste Paraense, Marajó e Baixo Amazonas enfrentam barreiras significativas para acessar cuidados de saúde locais, resultando em deslocamentos extensos, muitas vezes fluviais, até centros de referência (Kadri, 2022). Tal cenário pode exacerbar as condições clínicas das mulheres com complicações de aborto, elevando o risco de mortalidade (Araújo et al., 2018).

A presença de fluxos migratórios entre regiões menos desenvolvidas, como o Nordeste Paraense, Baixo Amazonas e Marajó, aponta para uma heterogeneidade na oferta e qualidade dos serviços de saúde. Essa variação pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo densidade populacional, infraestrutura viária, disponibilidade de recursos humanos e materiais, e a gestão dos sistemas de saúde locais (Kadri, 2022). Tais fatores são determinantes na eficácia dos serviços de saúde em atender às necessidades de mulheres que buscam cuidados maternos e serviços relacionados ao aborto, impactando diretamente na satisfação e confiança das usuárias (Botelho et al., 2014).

Na Figura 4 é possível observar a concentração de estabelecimentos de saúde na região metropolitana de Belém, especificamente na Região de Saúde Metropolitana I, composta pelos municípios de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará. Uma região de saúde se define como um território composto por municípios contíguos que compartilham semelhanças em aspectos culturais, econômicos e sociais. Adicionalmente, nesse contexto, destaca-se a presença de uma infraestrutura e logística integradas que facilitam a implementação de medidas de saúde e a prestação de serviços de maneira coordenada e equitativa (Santos, 2017).

O acúmulo de estabelecimentos de saúde na Região de Saúde Metropolitana I do Pará destaca uma disparidade significativa que pode influenciar na mortalidade por gravidez que termina em aborto (Fusco; Silva; Andreoni, 2012). Esta concentração exacerba a vulnerabilidade das mulheres que vivem em regiões com menos estabelecimentos de saúde, como nas mesorregiões e municípios mais afastados. Considerando a mortalidade por gravidez que termina em aborto como indicador de saúde da mulher e materno-infantil, a especialização centralizada na Região Metropolitana não só perpetua as desigualdades históricas (Cristo, 2012), como também agrava os índices de mortalidade materna em regiões menos assistidas, evidenciando a necessidade de uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde no estado do Pará.

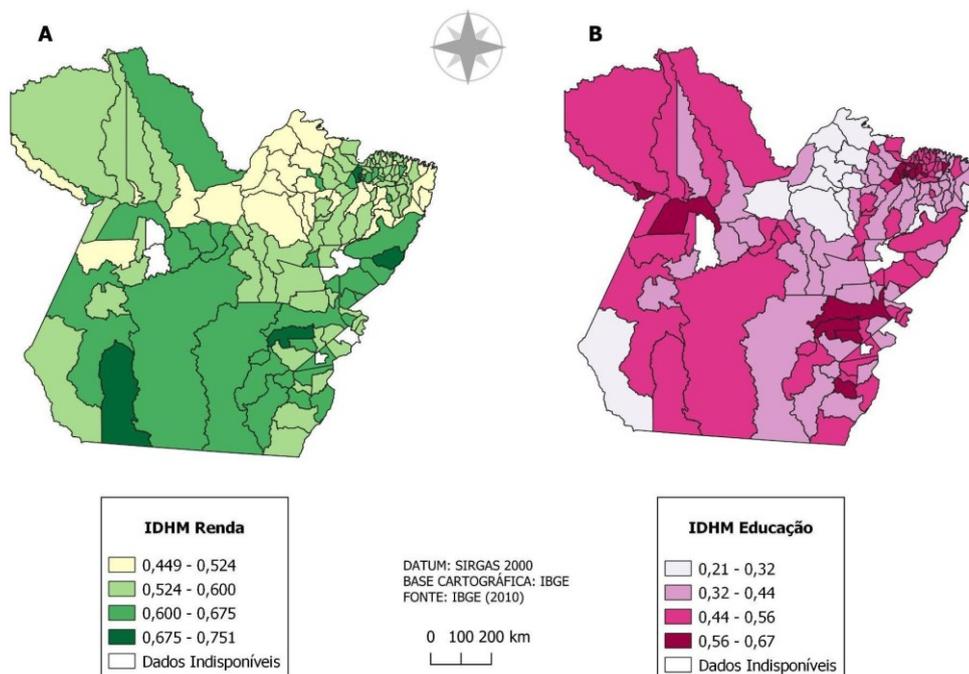


**Figura 4.** (A) Regiões de Saúde e (B) Total de Estabelecimentos de Saúde no Pará.

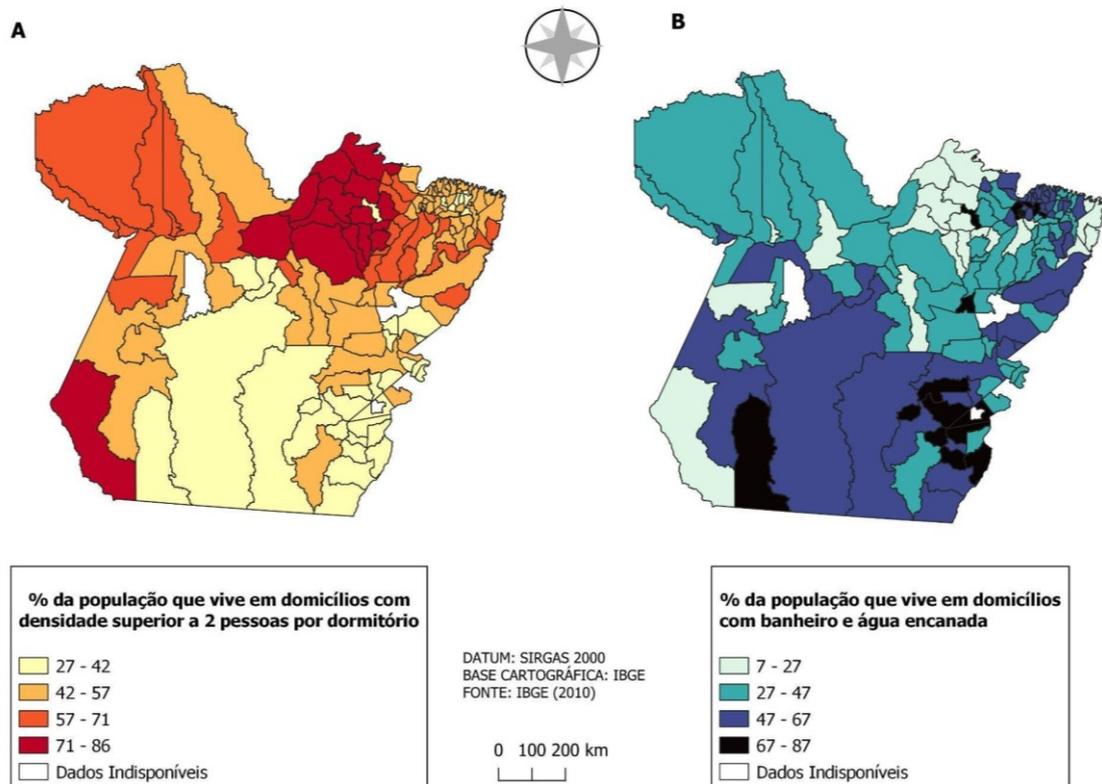
Este cenário de mortalidade materna está intrinsecamente ligado a outros índices espaciais, como o IDHM de Renda e o IDHM de Educação (Briozzo et al., 2016). Na Figura 5, notavelmente os menores indicadores de renda e educação concentram-se nos municípios da região do Marajó, que também apresenta uma alta taxa de mortalidade por aborto. Este padrão espacial também pode ser observado na Figura 6 onde os piores indicadores de saneamento básico e moradia expressos por meio dos indicadores de percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada, e o percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório também se concentram na região do Marajó.

A falta de acesso a serviços de saúde, combinada com baixas rendas, níveis educacionais e condições inadequadas de saneamento e moradia, além de agravar a vulnerabilidade das mulheres nesta região, também expressa a injustiça social inerente a criminalização do aborto, pois historicamente impacta desproporcionalmente as mulheres negras, em situação de pobreza e com baixa escolaridade (Fusco; Silva; Andreoni, 2012; Cisne; Castro; Oliveira, 2018).

Para promover a autonomia das mulheres é impositivo reconhecer que os direitos reprodutivos estão atrelados a um processo maior e mais complexo, relacionado a aspectos históricos, sociais, culturais, políticos, legais e éticos que determinam as vidas das mulheres e as suas escolhas reprodutivas (Cisne; Castro; Oliveira, 2018). Proteger o direito amplo ao aborto seguro dentro do contexto da saúde e da justiça social, portanto, requer a atuação em várias frentes, desde a salvaguarda e o aprimoramento do SUS, a promoção do ensino público, gratuito e de qualidade, a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, a disponibilização de habitações adequadas com acesso ao saneamento básico, a defesa de um Estado laico, e o combate a todas as manifestações de violência e opressão para que as mulheres e pessoas com útero possam não só escolher o momento e a vontade de ter filhos, mas também obter as condições requeridas para criar sua prole de maneira digna (Zanghelini, 2020).



**Figura 5.** (A) IDHM Renda e (B) IDHM Educação nos municípios do Pará, 2010.



**Figura 6.** (A) Percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada e (B) percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório nos municípios do Pará, 2010.

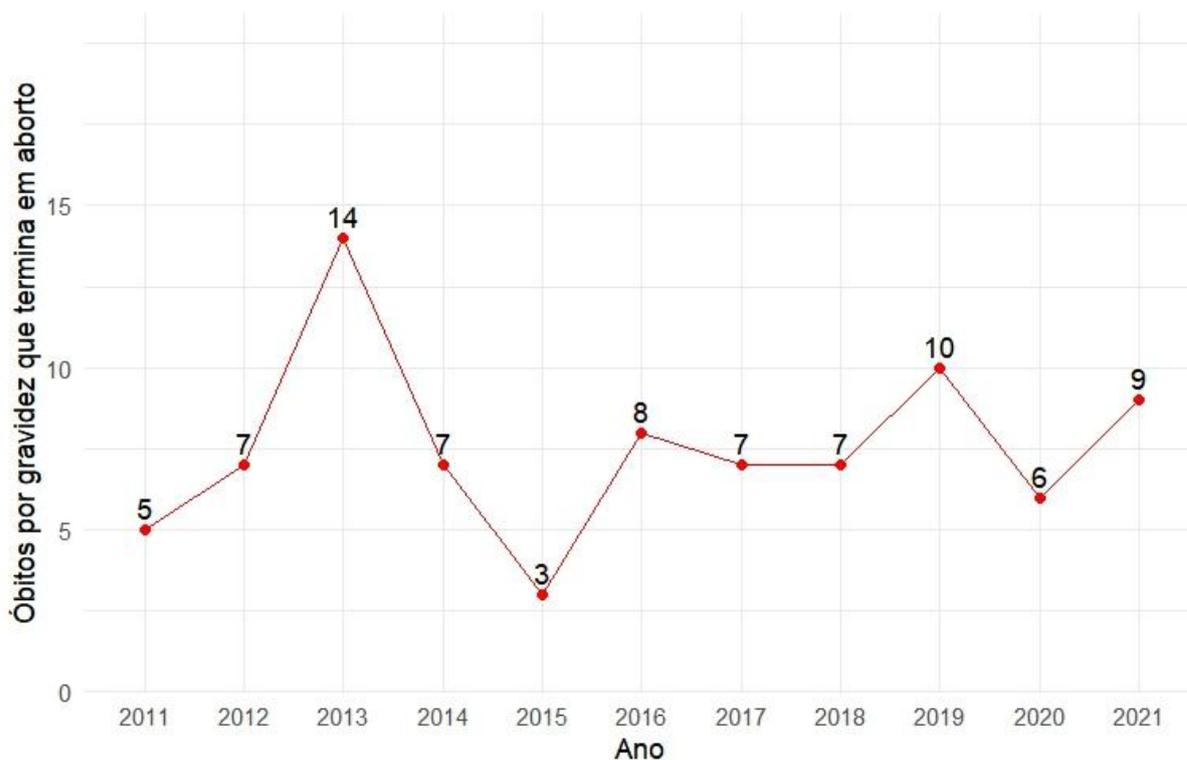
Muito embora a análise de base geográfica com aplicações da Geografia da Saúde possa favorecer um debate mais apropriado sob diferentes escalas e contextos sobre o papel da espacialidade nas desigualdades analisadas em relação aos óbitos (Barata, 2012; Ribeiro, 2014) cabe ainda uma interface com o conceito da interseccionalidade, que permite uma análise mais rica e detalhada, revelando as complexas interações entre diferentes formas de opressão e violência (Dalla Vecchia; Andrade; Ferreira, 2023).

### **Interseccionalidades nos óbitos por gravidez que termina em aborto no Pará**

Entre 2011 e 2021, o Pará registrou 83 mortes maternas por aborto, com 2013 ostentando o maior número de casos e 2015 o menor (Figura 7). Os dados sugerem a existência de padrões discerníveis na mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF) no

estado, mas um dado preocupante se destaca: 34,94% dos óbitos (Tabela 1) não foram investigados, revelando lacunas no monitoramento e vigilância da mortalidade materna por aborto. Estudos como os de Botelho et al. (2014) e Mota; Gama; Theme Filha (2008) corroboram a subnotificação e subestimação da mortalidade materna por aborto no Pará, possivelmente ocasionada pela falta de integração entre os serviços de saúde e o sistema de informação.

Considerando a complexa natureza do tema, que abrange aspectos de saúde pública, direitos humanos, ética, religião, direito e lei (Biroli, 2018), torna-se crucial a produção de evidências para embasar políticas públicas eficazes voltadas à saúde e ao bem-estar das mulheres paraenses, especialmente na Amazônia.



Fonte: SIM (2023)

**Figura 7.** Série histórica do número de óbitos por gravidez que termina em aborto no Pará (2011-2021).

Os resultados do estudo expõem uma realidade cruel: a desigualdade racial na mortalidade materna por aborto no Pará. As mulheres negras representam 79,51% dos óbitos por essa causa, tendência que se alinha com achados globais que apontam para

uma carga desproporcional de mortalidade materna na população negra brasileira e paraense (Martins, 2006; Santos et al., 2017).

Dados alarmantes revelam que a mortalidade materna entre mulheres negras é duas vezes maior do que entre mulheres brancas. Além disso, elas são mais frequentemente hospitalizadas em decorrência de aborto (Leal et al., 2023).

A concentração significativa de óbitos de MIF, corresponde aos 20 a 29 anos (50,6%) indica uma vulnerabilidade específica durante o período reprodutivo das jovens. Questões relacionadas ao acesso à educação sexual, planejamento familiar e serviços de saúde específicos para essa faixa etária, contracepção e suporte durante a gravidez. Neste sentido sugerimos que possam ser realizados estudos com abordagem de gênero e a interseccionalidade considerando o papel da faixa etária, pois a Pesquisa Nacional do Aborto aponta que 52% das meninas e mulheres que realizaram o primeiro aborto tinham 19 anos de idade ou menos (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017). A mesma pesquisa também indicou que aproximadamente 14% das mulheres, em torno dos 40 anos de idade, já passaram por pelo menos uma interrupção voluntária da gravidez. Ao verificarmos a problemática da mortalidade materna por aborto é possível observar as discrepância com o perfil de mortalidade materna entre MIF no Brasil (10 a 49 anos) e no mundo (15 a 49 anos), que concentram-se na faixa etária de 40 a 49 anos (Souza; Andrade, 2020).

A interseção entre as variáveis etnia e faixa etária evidencia a complexidade dessas questões e a necessidade de estratégias abrangentes e culturalmente adaptadas. É imprescindível que os programas de saúde pública sejam elaborados levando em consideração as particularidades desses grupos, promovendo iniciativas que contemplem fatores socioeconômicos, culturais e estruturais (Schraiber, 2005). Tais dados sublinham a relevância de abordagens de saúde pública que não se limitam ao período da gravidez, mas que englobam também as condições sociais mais extensas que podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres. Ademais, torna-se fundamental a integração de políticas e programas destinados a diminuir as disparidades étnicas e assegurar o acesso equitativo aos serviços de saúde (Garcia et al., 2019).

Conforme o estado civil, observa-se uma maior concentração de mortes entre mulheres solteiras (48,19%) e aquelas casadas ou em união estável (45,78%). Em termos de escolaridade, destaca-se o grupo com 4 a 7 anos de estudo (36,14%) e o grupo com 8

a 11 anos (35,14%). Comparando com o perfil geral de mortalidade materna, percebe-se uma discrepância nas informações sobre escolaridade (Kassebaum et al., 2016). Por isso, é crucial a realização de novos estudos de inferência causal sobre o fenômeno em questão, visando o desenvolvimento de políticas públicas fundamentadas em evidências. Quanto ao estado civil, a maior incidência de mortes maternas entre mulheres solteiras pode ser atribuída ao abandono (Riquinho; Correia, 2006) e a desigualdades socioeconômicas. Mulheres solteiras enfrentam, frequentemente, condições de vida mais adversas, marcadas pela escassez de acesso a serviços de saúde, educação e suporte financeiro (Ribeiro; Freire, 2022).

É possível também notar uma elevada incidência de óbitos entre mulheres jovens adultas, casadas ou em união estável, com escolaridade variando de 4 a 11 anos de estudo. Esse perfil diverge da tendência global em relação à mortalidade materna (Kassebaum et al., 2016) e da tendência nacional (Figueiredo et al., 2024). É imprescindível enfatizar a necessidade de aprofundar os estudos sobre as causas da mortalidade materna relacionada a gravidezes que culminam em aborto, bem como explorar abordagens interdisciplinares na Geografia da Saúde, Geografia Feminista e na vigilância em saúde.

O perfil sociodemográfico da mortalidade materna em casos de gravidez que resultam em aborto no estado do Pará, entre 2011 e 2021, caracteriza-se por mulheres jovens, negras e com no mínimo 4 anos de estudo. Esse perfil evidencia as desigualdades sociais e raciais que impactam a saúde feminina na região. Mulheres jovens, negras e com menor nível de escolaridade estão particularmente expostas a riscos como gravidez não planejada, violência sexual, práticas de aborto inseguras e carência de assistência pré-natal, obstétrica e pós-aborto (Domingues et al., 2020; Figueiredo et al., 2024). Além disso, enfrentam preconceito e discriminação, resultando na violação de seus direitos reprodutivos e humanos, tanto no contexto social quanto nos serviços de saúde (Mattar; Diniz, 2012).

A perspectiva interseccional, portanto, é essencial para compreender como essas múltiplas dimensões de opressão se combinam para impactar negativamente a saúde e os direitos das mulheres, destacando a necessidade de políticas públicas que abordem essas complexas interações de forma integrada e equitativa. Patricia Collins (2019, p. 460) introduziu o conceito de "matriz de dominação", que evidencia a interconexão entre

opressões de raça, gênero, classe e sexualidade, ressaltando que as mulheres negras experienciam essas opressões de forma simultânea e interligada. Bell Hooks (2015) destaca como as opressões são estruturadas de maneira interdependente e como as experiências das mulheres negras são frequentemente invisibilizadas nas narrativas feministas tradicionais, enfatizando a necessidade de um feminismo que seja inclusivo e capaz de abarcar todas as dimensões de opressão.

**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas de mulheres que vieram a óbito por gravidez que termina em aborto no Pará de 2011 a 2021.

<b>Raça/Cor</b>	<b>n (%)</b>
Negra	66(79,51)
Branca	15(18,07)
Indígena	1(1,20)
Ignorado	1(1,20)
<b>Faixa Etária</b>	
10 a 19 anos	17(20,48)
20 a 29 anos	42(50,60)
30 a 39 anos	20(24,10)
40 a 49 anos	4(4,82)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	40(48,19)
Casada/União estável	38(45,78)
Viúvo	1(1,20)

Ignorado	4(4,82)
<b>Escolaridade</b>	
Nenhuma	3(3,61)
de 1 a 3 anos	4(4,82)
de 4 a 7 anos	30(36,14)
de 8 a 11 anos	30(36,14)
12 anos e mais	7(8,43)
Ignorado	9(10,84)

---

Fonte: SIM (2023).

No contexto brasileiro, Carla Akotirene, Lélia González, Sueli Carneiro e Jaquetto Pereira ampliam a discussão ao focar nas particularidades das experiências das mulheres negras no Brasil. Carla Akotirene sublinha a necessidade de uma abordagem interseccional para compreender as múltiplas camadas de opressão que as mulheres negras enfrentam diariamente. Ela argumenta que, sem essa perspectiva, as políticas públicas e as intervenções sociais tendem a ser ineficazes, pois não consideram a complexidade das vivências dessas mulheres (Akotirene, 2019, p. 32-33).

Lélia González e Sueli Carneiro, por outro lado, destacam como o racismo estrutural e o sexismo se entrelaçam, impactando profundamente a vida das mulheres negras. Elas apontam que as mulheres negras são duplamente marginalizadas: pela sua raça e pelo seu gênero, o que demanda políticas específicas que combatam essas formas de opressão simultaneamente (Gonzalez, 1984; Carneiro, 2003).

Jaquetto Pereira contribui ao explorar as dinâmicas de poder e resistência dentro dessas múltiplas camadas de opressão. Sua análise foca em como as mulheres negras resistem e se organizam frente às opressões estruturais, oferecendo insights sobre estratégias de empoderamento e resistência que podem ser utilizadas para formular políticas públicas mais eficazes. Pereira (2016) enfatiza que entender essas dinâmicas é

crucial para a criação de políticas que não apenas mitiguem os efeitos das opressões, mas que também promovam a autonomia e a emancipação das mulheres negras.

A tabela 2 mostra as causas específicas de óbitos por aborto e as fontes de investigação dos casos. A gravidez ectópica foi a causa mais frequente de óbito por aborto, representando 37,35% dos casos. A gravidez ectópica é uma complicação grave que ocorre quando o óvulo fertilizado se implanta fora da cavidade uterina, geralmente nas trompas de Falópio. Essa condição pode levar à ruptura tubária, causando hemorragia interna e choque hipovolêmico. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar a morte materna por gravidez ectópica (Coutinho; Coutinho; Coutinho, 2014). A segunda causa mais frequente de óbito foi o aborto não especificado, que correspondeu a 27,71% dos casos. Essa categoria engloba os óbitos em que não foi possível determinar se o aborto foi espontâneo ou provocado, devido à falta de informações ou à inconsistência dos dados. Essa situação revela a fragilidade do sistema de vigilância epidemiológica e a necessidade de melhorar a qualidade do preenchimento das declarações de óbito e a investigação dos casos (Melo et al., 2017). O aborto retido foi a terceira causa mais frequente de óbito por aborto, com 18,07% dos casos. O aborto retido é aquele em que o feto morre dentro do útero, mas não é expelido espontaneamente. Esse tipo de aborto pode causar infecção, coagulopatia e sepse, se não for tratado adequadamente. O diagnóstico é feito por meio de ultrassonografia e o tratamento consiste na remoção do conteúdo uterino por curetagem ou aspiração manual intrauterina (Karakus; Tosun, 2023).

As demais causas de óbito por aborto foram: mola hidatiforme (8,43%), falha de tentativa de aborto (2,41%), aborto espontâneo (2,41%), outros tipos de aborto (1,20%), complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar (1,20%) e aborto por razões médicas e legais (1,20%). A mola hidatiforme é uma doença trofoblástica gestacional, caracterizada por uma proliferação anormal do tecido placentário, que pode evoluir para uma forma maligna chamada coriocarcinoma. O tratamento é feito por meio da evacuação uterina e do acompanhamento dos níveis de gonadotrofina coriônica humana (hCG) no sangue (Corrêa et al., 2018). A falha de tentativa de aborto é um termo usado para designar os casos em que a mulher tentou interromper a gravidez, mas não conseguiu, e acabou morrendo por complicações decorrentes do procedimento (Grimes

et al., 2006). O aborto espontâneo é aquele que ocorre naturalmente, sem a intervenção da mulher, e pode ser causado por fatores genéticos, hormonais, imunológicos, infecciosos, anatômicos ou ambientais (La et al., 2021).

Em relação às fontes de investigação dos óbitos por aborto, a tabela mostra que a maioria dos casos (34,94%) teve a fonte ignorada, o que significa que não houve nenhuma investigação ou que a mesma não foi registrada no SIM. Esse dado evidencia a subnotificação e a subestimação da mortalidade materna por aborto no estado do Pará, bem como a falta de integração entre os serviços de saúde e o sistema de informação (Botelho et al., 2014; Mota; Gama; Theme Filha, 2008). A segunda fonte mais frequente foi o estabelecimento de saúde/prontuário (28,92%), seguido pelas múltiplas fontes (27,71%), que incluem o prontuário, a entrevista com a família, o Instituto Médico Legal (IML) e outras fontes. A visita domiciliar/entrevista com a família foi a fonte de investigação de apenas 7,23% dos casos e o IML foi a fonte de investigação de apenas um caso (1,20%).

**Tabela 2.** Variáveis clínicas de mulheres que vieram a óbito por gravidez que termina em aborto no Pará de 2011 a 2021.

<b>Causas Específicas de óbitos</b>	<b>n (%)</b>
Gravidez ectópica	31(37,35)
Aborto não especificado	23(27,71)
Aborto retido	15(18,07)
Mola hidatiforme	7(8,43)
Falha de tentativa de aborto	2(2,41)
Aborto espontâneo	2(2,41)
Outros tipos de aborto	1(1,20)
Complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar	1(1,20)

Aborto por razoes medicas e legais 1(1,20)

**Fonte de investigação:**

Ignorado 29(34,94)

Estabelecimento de Saúde/Prontuário 24(28,92)

Múltiplas fontes 23(27,71)

Visita domiciliar/Entrevista da família 6(7,23)

I M L 1(1,20)

---

Fonte: SIM (2023).

**Limitações e Fortalezas**

As fortalezas da pesquisa residem na capacidade de realizar vigilância epidemiológica dos óbitos por gravidez que termina em aborto, por meio da coleta e pré-processamento de dados no estado do Pará de 2011 a 2021 (Saldanha; Bastos; Barcelos, 2019). Isso representa um avanço no campo da Geografia da Saúde e Feminista, contribuindo para o debate e fornecendo subsídios para políticas públicas baseadas em evidências. Quanto às limitações, a quantidade de casos restringiu a possibilidade de inferências estatísticas robustas, limitando o estudo a uma abordagem exploratória e descritiva. É necessário considerar a subnotificação e a subestimação da mortalidade materna por aborto no Pará, bem como a falta de integração entre os serviços de saúde e os sistemas de informação (Botelho et al., 2014; Mota; Gama; Theme Filha, 2008). Adicionalmente, o estudo está sujeito à ‘falácia ecológica’, que ocorre quando associações em nível populacional não refletem necessariamente causalidades em nível individual (Lima-Costa; Barreto, 2003).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No período de 2011 a 2021 no estado do Pará, 83 mulheres faleceram por gravidez que termina em aborto, o perfil sociodemográfico de mortalidade foi de mulheres jovens,

negras e com pelo menos 4 anos de escolaridade. Gravidez ectópica, aborto não especificado e aborto retido foram as principais causas de mortalidade por gravidez que termina em aborto. As mesorregiões com maior mortalidade foram Marajó, Sudoeste Paraense e Baixo Amazonas. O fluxo de local de residência e local de ocorrência do óbito concentrou-se nas mesorregiões do Nordeste Paraense, Marajó, Sudoeste Paraense e Baixo Amazonas em direção à Região Metropolitana de Belém. A análise espacial da pesquisa ilustrou disparidades regionais na incidência de óbitos relacionados ao aborto no estado do Pará. No entanto, 34,94% dos óbitos por gravidez que termina em aborto no estado não foram investigados, o que evidencia lacunas no monitoramento e vigilância desse fenômeno.

Este estudo fornece uma visão exploratória e abrangente da mortalidade de mulheres por gravidez que termina em aborto no estado do Pará. A análise destaca a necessidade de políticas de saúde direcionadas, com ênfase particular nos grupos e regiões mais vulnerabilizados identificados pela análise. A espacialidade geográfica e as desigualdades regionais históricas desempenham um papel crucial na compreensão dessas disparidades. A Geografia da Saúde e a Geografia Feminista, utilizando os conceitos de espacialidade e interseccionalidade, revelam como as desigualdades sociais e raciais são refletidas no espaço, exacerbando a incidência de óbitos por aborto. As regiões historicamente marginalizadas enfrentam desafios adicionais devido à falta de infraestrutura e acesso limitado de saúde, saneamento básico, condições de moradia e desenvolvimento humano.

A mortalidade por aborto é um sintoma de um processo mais amplo e complexo de desigualdade social e regional. Reconhecer e abordar essas interseccionalidades é essencial para a formulação de políticas públicas eficazes que promovam a justiça social e a saúde integral das mulheres no Pará.

Para isso, é crucial fortalecer o SUS melhorando a infraestrutura de saúde nas regiões mais afetadas e garantindo acesso equitativo a serviços de saúde reprodutiva. Além disso, promover campanhas de educação sobre direitos reprodutivos e métodos contraceptivos, especialmente em comunidades vulnerabilizadas, é vital para reduzir a incidência de gravidezes não planejadas e abortos inseguros. Políticas de apoio social que abordam fatores como pobreza e acesso à educação são igualmente essenciais para reduzir

a vulnerabilidade das mulheres. Estabelecer sistemas robustos de monitoramento e investigação de óbitos relacionados ao aborto permitirá uma melhor compreensão e abordagem das causas subjacentes. A continuidade da pesquisa e o monitoramento constante são cruciais para identificar novas tendências e ajustar as políticas públicas conforme necessário. Estudos futuros devem focar em aspectos qualitativos das experiências das mulheres afetadas e em como intervenções específicas podem ser otimizadas para contextos locais, além de abordagens quantitativas visando a inferência causal dos óbitos por gravidez que termina em aborto.

Este estudo evidencia a importância de uma abordagem integrada que combine a análise espacial e interseccional para compreender e mitigar as desigualdades na mortalidade materna. Políticas públicas eficazes devem ser informadas por essa perspectiva para promover a saúde e a justiça social das mulheres e pessoas com útero no Pará e no Brasil.

## Referências

ABDALLA, Julia de Souza. Feminismos negros e interseccionalidade na Frente de Mulheres Negras de Campinas e Região. **Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas**. 2020.

AGUIAR, Brunno Henrique Kill et al. A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma Revisão Narrativa. **Comunicação Em Ciências Da Saúde**, v. 29, n. 01, p. 36-44, 2018.

AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. **São Paulo: Pólen**, 2019.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Consulta em Tabela. 2023. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>> (Acesso: 14 de maio de 2024).

ARAÚJO, Fernanda Gontijo et al. Tendência da prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, **Vigitel 2008-2015**. 2018.

ARAÚJO, Thália Velho Barreto de et al. Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in Northeast Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, 2018.

BARATA, Rita Barradas. Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde. **Rio de Janeiro: Fiocruz**, 2012.

BARBOSA, Jeanine Pacheco Moreira et al. Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. **Saúde e sociedade**, v. 30, n. 2, p. e200367, 2021.

BARROSO, Vanessa da Costa. Caminhos, violências e r-existências: experiências do risco de ser mulher na metrópole fluminense. **Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Fluminense. 2023.**

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, p. 322-327, 2009.

BIROLI, Flávia. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. **Boitempo Editorial**, 2018.

BOTELHO, Nara Macedo et al. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 290-295, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466**, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRIOZZO, Leonel et al. Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 134, p. S20-S23, 2016.

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. e00188718, 2020.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. Estudos **avancados**, v. 17, p. 117-133, 2003.

CLAVIJO, Gloria Maria Carmona et al. Determinantes que influem no acesso e uso dos serviços reprodutivos em populações rurais na Comunidade Andina da América do Sul: uma revisão sistemática. 2012.

CISNE, Mirla; CASTRO, Viviane Vaz; OLIVEIRA, Giulia Maria Jenelle Cavalcante de. Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres. **Revista Katálisis**, v. 21, p. 452-470, 2018.

COLLINS, Patricia Hill. Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Trad. Jamille Pinheiro Dias. **São Paulo: Boitempo Editorial**, 2019.

CORRÊA, Isabela Borges et al. Comorbidades associadas a mola hidatiforme: como diagnosticar e tratar. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 3, p. 68-74, 2018.

COSTA, Elaine da Silva; Oliveira, Rosemary Baima; Lopes, Graciana de Sousa. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5826-e5826, 2021.

COUTINHO, Tadeu; COUTINHO, Conrado Milani; COUTINHO, Larissa Milani. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente. **Femina**, p. 19-26, 2014.

CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serviço Social & Sociedade**, p. 93-111, 2012.

CULWEL, Kelly R. et al. Critical gaps in universal access to reproductive health: contraception and prevention of unsafe abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 110, p. S13-S16, 2010.

DALLA VECCHIA Tamires Cristina de Souza; ANDRADE, Higor Lopes; FERREIRA, Evaldo. Geografia E Interseccionalidade: Buscando Relações Entre Os Conceitos-Chaves. **Revista Georaguaiá**, v. 13, n. Especial, p. 153-171, 2023.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 653-660, 2017.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00190418, 2020.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 14, p. 177-181, 2010.

FIGUEIREDO, Eric Renato Lima et al. Influence of sociodemographic and obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. **BMC Women's Health**, v. 24, n. 1, p. 84, 2024.

FUSCO, Carmen Linda Brasiliense; SILVA, Rebeca de Souza; ANDREONI, Solange. Aborto inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 709-719, 2012.

GANATRA, Bela; FAUNDES, Anibal. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 36, p. 145-155, 2016.

GARCIA, Érica Marvila et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4633-4642, 2019.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista ciências sociais hoje**, v. 2, n. 1, p. 223-244, 1984.

GRIMES, David A. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **The lancet**, v. 368, n. 9550, p. 1908-1919, 2006.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde: fundamentos da geografia humana. **São Paulo: Editora Unesp**, p. 79-97, 2015.

HEIDRICH, Álvaro Luiz. Integração socioespacial e seus efeitos sobre as territorialidades humanas. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina**, v. 20, p. 6836-6854, 2005.

HOOKS, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 193-210, 2015.

IRELAND Sarah; BELTON, Suzanne; DORAN, Frances. ‘I didn’t feel judged’: exploring women’s access to telemedicine abortion in rural Australia. **Journal of Primary Health Care**, v. 12, n. 1, p. 49-56, 2020.

KADRI, Michele Rocha de Araújo . Da atenção básica municipal à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. 2022. **Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.**

KARAKUS, Resul; TOSUN, Önder. Abortion an Obstetric and Anesthesiologic Emergency: Skills and Simulation. In: **Practical Guide to Simulation in Delivery Room Emergencies. Cham: Springer International Publishing, 2023.** p. 245-266.

KASSEBAUM, Nicholas J. et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1775-1812, 2016.

LA, Xiaolin et al. Definition and multiple factors of recurrent spontaneous abortion. **Environment and Female Reproductive Health**, p. 231-257, 2021.

LAVELANET, Antonella F. et al. Global abortion policies database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. **BMC International Health and Human Rights**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915-1928, 2018.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

Malhas territoriais | **IBGE.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/malhas-territoriais.html>. (Acesso: 5 de setembro de 2023).

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 107-120, 2012.

MELO, Cristiane Magalhães de et al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3457-3465, 2017.

MENEZES, Greice et al. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00197918, 2020.

MIRANDA, Ary Carvalho de et al. **Território, ambiente e saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

MORAES, Meriene Santos de. A prática de aborto voluntário e as múltiplas escalas de poder e resistência: entre o corpo feminino e o território nacional. 2016.

MOREIRA, Ozileide Matos. O gênero para a geografia: por uma ciência feita com, por e para mulheres. **Revista da ANPEGE**, 2022.

MOTA, Santana Maria Marinho; GAMA, Silvana Granado N. da; THEME FILHA, Mariza Miranda. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2008.

ORELLANA, Jesem et al. Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. **Plos one**, v. 17, n. 10, p. e0275333, 2022.

PEREIRA, Ana Claudia Jaquetto. Pensamento social e político do movimento de mulheres negras: o lugar de ialodês, orixás e empregadas domésticas em projetos de justiça social. 2016. **Tese (doutorado) Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil**, 2016.

PETERS, David H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. **Annals of the new York Academy of Sciences**, v. 1136, n. 1, p. 161-171, 2008.

R CORE TEAM (2016). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. Disponível: <<https://www.R-project.org>> (Acesso: 13 de setembro de 2023).

RAMOS, Silvina et al. Step by step in Argentina: Putting abortion rights into practice. **International Journal of Women's Health**, p. 1003-1015, 2023.

RIBEIRO, Camila de Araújo Lima; Freire, Carlos Henrique Esteves. Mortalidade materna: perfil clínico e epidemiológico de uma maternidade pública do Amazonas. **Femina**, p. 230-235, 2022.

RIBEIRO, Helena. Geografia da saúde no cruzamento de saberes. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1123-1124, 2014.

RIQUINHO, Deise Lisboa; CORREIA, Sandra Gomes. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 303-307, 2006.

SALDANHA, Raphael de Freitas; BASTOS, Ronaldo Rocha; BARCELLOS, Christovam. Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00032419, 2019.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, Deivid Ramos dos et al. Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. **Escola Anna Nery**, v. 21, p. e20170161, 2017.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. Unesp, 2005.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. **Educação & realidade**. Porto Alegre. Vol. 20, n. 2 (jul./dez. 1995), p. 71-99, 1995.

SILVA, Joseli Maria. Um ensaio sobre as potencialidades do uso do conceito de gênero na análise geográfica. **Revista de História Regional**, 2003.

SILVA, MM e Souza, MS (2018). Acesso à saúde no Brasil rural: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(7), e00026018.

SILVA, Susana Maria Veleda. Geografia e gênero/geografia feminista-o que é isto?. **Boletim gaúcho de geografia**, v. 23, n. 1, 1998.

SIMON, Carolina; Borsoi, Bruna. Uma Geografia para todas as saúdes: feminismo como direção para promoção da saúde. **Metodologias e Aprendizado**, v. 5, p. 49-66, 2022.

SMITH, Neil. Desenvolvimento desigual. **Rio de Janeiro: Bertrand Brasil**, v. 250, 1988.

SOUSA, Maria Eliane Alves; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; ROCHA, Rosa Maria. Diversidade e equidade nas políticas para mulheres. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 7, n. 2, p. 285-315, 2019.

SOUZA, Ana Mayara Gomes; ANDRADE, Fábila Barbosa. Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil?. **O Mundo da Saúde**, v. 44, n. s/n, p. 421-432, 2020.

ULIANA, Maíra Dutra et al. Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021341, 2022.

VAN LOOK, Paul FA; COTTINGHAM, Jane C. Unsafe abortion: an avoidable tragedy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 16, n. 2, p. 205-220, 2002.

WHITE, Justin S.; SPEIZER, Ilene S. Can family planning outreach bridge the urban-rural divide in Zambia?. **BMC health services research**, v. 7, p. 1-9, 2007.

ZANGHELINI, Débora. **Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva: apontamentos para o Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2020. 81 p.