

SUZIÊ BERGER DA CONCEIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR ABORTO NO
BRASIL: ANÁLISE DO PERÍODO 2000 A 2010.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

SUZIÊ BERGER DA CONCEIÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR ABORTO NO
BRASIL: ANÁLISE DO PERÍODO 2000 A 2010.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professor Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2012**

Berger Conceição, Suziê

Perfil epidemiológico das internações por aborto no Brasil: análise do período 2000 a 2010/ Suziê Berger Conceição – Florianópolis, 2012.
17p.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing.
Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso Graduação em Medicina.

1. Aborto 2. Internação Hospitalar 3. Saúde da Mulher

RESUMO

O objetivo foi descrever as taxas de internações por aborto no Brasil entre 2000 e 2010. Os dados foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), sendo selecionadas as internações de mulheres de 15 a 49 anos, cujo diagnóstico principal foi aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais e outras gravidezes que terminam em aborto. Calculou-se a taxa de internação hospitalar por 10.000 mulheres em idade fértil para as 27 Unidades Federativas e para as cinco regiões do Brasil. Houve diminuição de 11% no total de internações por aborto no Brasil. Essa tendência se confirmou em todas as regiões, exceto no Norte, onde houve aumento de 26,77%. As dez maiores taxas registradas no período estudado foram de estados das regiões Norte e Nordeste. A internação por aborto espontâneo aumentou 22% no Brasil. A internação por aborto por razões médicas e legais aumentou 78,22% no Brasil. O maior aumento ocorreu na região Sul, onde as internações passaram de 0,03 para 10.000 mulheres em idade fértil, em 2000, para 0,37 para 10.000 em 2010. E nas internações por outras gravidezes que terminam em aborto houve queda de 33,60%, que também se observou em todas as regiões. As internações por aborto configuram um importante fator na avaliação de morbidade da mulher e melhorias na educação em saúde e no atendimento dessas pacientes são fundamentais.

Descritores: Aborto, internação hospitalar, saúde da mulher.

ABSTRACT

The objective was to describe the rates of hospitalization for abortion in Brazil between 2000 and 2010. Data were collected in the Hospital Information System (SIH-SUS), were selected admissions for women aged 15 to 49 years whose primary diagnosis was spontaneous abortion, abortion for medical reasons and legal and other pregnancies ending in abortion. We calculated the rate of hospitalization per 10,000 women of childbearing age for the 27 Federal Units and for the five regions of Brazil. There was an 11% decrease in total admissions for abortion in Brazil. This trend was confirmed in all regions except the North, where there was an increase of 26.77%. The ten highest rates recorded during the study period were the states of North and Northeast. Hospitalization for miscarriage increased by 22% in Brazil. The hospitalization for abortion for medical reasons and legal in Brazil increased 78.22%. The largest increase occurred in the South, where hospital admissions increased from 0.03 per 10,000 women of childbearing age in 2000 to 0.37 in 2010 to 10,000. And in hospitalizations for other pregnancies ending in abortion was down 33.60%, which was also noted in all regions. Hospitalizations for abortion configure an important factor in evaluating morbidity of women and improvements in health education and care of these patients are essential.

Keywords: Abortion, hospitalization, women's health.

INTRODUÇÃO

Anualmente aproximadamente 210 milhões de mulheres engravidam e mais de 135 milhões de crianças nascem no mundo. Os 75 milhões restantes de gestações terminarão em natimortos ou abortos, sejam espontâneos ou induzidos (1). Abortos espontâneos são gestações que acabam antes das 20-22 semanas ou com fetos pesando menos de 500g (2). Já os abortos induzidos se caracterizam pela interrupção voluntária da gestação e é possível diferenciar estes em inseguros e seguros.

A Organização Mundial de Saúde define que aborto inseguro é o procedimento de interrupção da gravidez indesejada por pessoas sem perícia técnica ou em ambiente sem o padrão médico básico (1). Os abortos seguros acontecem onde a lei do aborto não é restritiva ou quando atendem às exigências legais nos países onde a lei é restritiva, e são realizados por profissionais habilitados em ambiente hospitalar adequado (3). Essa distinção entre aborto seguro e inseguro é necessária nos países onde a sua prática é criminalizada, como no Brasil, onde se permite a interrupção voluntária da gestação somente em casos de estupro ou de riscos à vida da gestante (4)

As taxas de aborto espontâneo são semelhantes ao redor do planeta, em torno de 15% (2,5,6). Já as taxas de aborto induzido têm diferenças regionais importantes. Em 2003, as taxas de aborto induzido eram menores no Oeste Europeu (12 para cada 1000 mulheres). Em seguida estava o Norte da Europa, 17 por 1000 mulheres, e o Sul Europeu com 18 gestações interrompidas voluntariamente para cada 1000 mulheres. Na América do Norte, Estados Unidos e Canadá, essa taxa era de 21 por 1000 mulheres (3).

Em 2003, 48% dos abortos no mundo eram considerados inseguros (3). Destes, 97% ocorreram em países em desenvolvimento (6). A OMS estima que, em 2008, ocorreram

21,6 milhões abortos inseguros. Importante destacar que a maior prevalência do mundo foi verificada da América Latina, com 31 abortos por 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos (1).

Os abortos inseguros são responsáveis por 13% da mortalidade materna, figurando entre a terceira e quarta causa que mais mata gestantes no Brasil (8–10). Mesmo na ilegalidade, os abortos continuam ocorrendo em expressivo volume e, sem a assistência adequada, com sérias implicações para a saúde da mulher, entre elas infecção, hemorragia, tromboembolismo e consequências psicológicas, como depressão e ansiedade (11–13).

A taxa de internação hospitalar é um indicador útil para investigar o fenômeno do aborto no Brasil. Não só o nível de segurança da prestação do aborto, mas outros importantes fatores também afetam as taxas de hospitalização, como a facilidade de acesso aos serviços hospitalares, fatores sociais e culturais tais como o estigma associado com o aborto (aborto ilegal, especialmente), as atitudes dos membros da família, profissionais da saúde e da comunidade em geral, o medo da repressão, e até mesmo a morte antes de ser capaz de obter cuidados médicos (7).

Em revisão sobre as pesquisas realizadas no Brasil nos últimos vinte anos, Menezes e Aquino (2009) destacam que existem importantes diferenças regionais no padrão epidemiológico das internações por aborto no Brasil, no entanto, ainda existe escassez de estudos (14).

Por ser um tema difícil de ser abordado, com implicações graves à saúde da mulher e uma importante causa de mortalidade materna prevenível, o presente estudo se propõe a analisar as características das internações hospitalares por aborto entre 2000 e 2010 e contribuir com o conhecimento sobre o tema.

MÉTODOS

Realizou-se análise das internações por aborto registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, de 2000 a 2010 para todas as unidades federativas do Brasil.

A partir do banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) foram selecionadas as internações de mulheres de 15 a 49 anos, cujo diagnóstico principal foi aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais e outras gravidezes que terminam em aborto. Foram selecionados os dados agrupados segundo os diagnósticos apresentados na base de dados codificados pela Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão.

A categoria de abortos espontâneos (O03) inclui:

- **Aborto espontâneo incompleto com complicação por:** infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Aborto espontâneo incompleto sem complicações.**
- **Aborto espontâneo completo com complicação por:** infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos ,hemorragia excessiva ou tardia ,embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Aborto espontâneo completo sem complicação**

A categoria de abortos por razões médicas e legais (O04) inclui:

- **Aborto por razões médicas e legais incompleto com complicação por:** infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Aborto por razões médicas e legais incompleto sem complicações.**
- **Aborto por razões médicas e legais completo ou não especificado com complicação por:** infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Aborto por razões médicas e legais completo ou não especificado sem complicações**

A categoria de outras gravidezes que terminam em aborto (O00-O02, O05-O08) inclui:

- **Gravidez ectópica:** abdominal, tubária, ovariana, outras formas de gravidez ectópica e gravidez ectópica não especificada.
- **Mola hidatiforme:** clássica, incompleta ou parcial ou não especificada.

- **Outros produtos anormais da concepção, ovo claro e mola não-hidatiforme, outros produtos anormais da concepção especificados e produto anormal da concepção não especificado.**
- **Aborto retido**
- **Outros tipos de aborto incompleto com complicação por:** infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Outros tipos de aborto incompleto sem complicações.**
- **Outros tipos de aborto completo ou não especificado com complicação por:** infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Outros tipos de aborto completo ou não especificado sem complicações**
- **Aborto não especificado incompleto com complicação por:** infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Aborto não especificado incompleto sem complicações.**
- **Aborto não especificado completo ou não especificado com complicação por:** infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Aborto não especificado completo ou não especificado sem complicações.**
- **Falha de tentativa de aborto por razões médicas com complicação por:** infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Falha de tentativa de aborto por razões médicas sem complicações.**
- **Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto com complicação por:** infecções do trato genital ou dos órgãos pélvicos, hemorragia excessiva ou tardia, embolia, outras complicações ou com complicações não especificadas.
- **Outras formas, e as não especificadas, de falha na provocação de aborto sem complicações.**
- Infecção do trato genital e dos órgãos pélvicos, hemorragia tardia ou excessiva, embolia, choque, insuficiência renal, distúrbios metabólicos, lesão a órgãos e a tecidos pélvicos, outras **complicações consequentes a aborto e a gravidez ectópica e molar** e complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica e molar não especificadas.

Os dados populacionais foram estimados pelo IBGE para cada ano. A partir desses dados foi calculada a taxa de internação hospitalar através da razão entre o número de internações e a população em idade fértil no período. Essa razão foi multiplicada por uma constante de 10.000 para facilitar a apreciação dos dados.

RESULTADOS

A série histórica de 2000 a 2010 mostra que o número absoluto de internações no SUS por aborto reduziu, passando de 247.884 internações em 2000 para 220.571 em 2010 (redução de 11,0%).

Na taxa total, é importante ressaltar a redução nas internações nas regiões Sudeste e Nordeste, -20,12% e -12,32%, respectivamente. Houve também redução de -6,28% na Centro-Oeste e de apenas -0,39% na região Sul. Chama à atenção a região Norte, onde houve expressivo aumento (+26,77%) nas internações por abortamento.

A tabela 1 descreve o padrão das internações totais por aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais e outras gravidezes que terminam em aborto no período estudado na população feminina entre 15 e 49 anos nos estados brasileiros.

Das 27 unidades federativas do Brasil evidencia-se redução na taxa de internação por abortamento e suas complicações em 19 delas. Dentre estas, Sergipe apresentou a maior redução, de 107 para 63,5 internações para cada 10.000 mulheres entre 15 e 49 anos, o que significa queda de 40,66%, acompanhado do Espírito Santo com (-39,66%), Piauí (-37,62%), Rio de Janeiro (-35,83%) e Distrito Federal (-34,24%).

O maior aumento percentual de internações ocorreu no estado da Paraíba, que apresentava 20,32 internações por 10.000 mulheres entre 15 e 49 anos em 2000 e passou a apresentar taxa de 42,99 em 2010, aumento de 111,59%. Na sequência, Tocantins e Roraima apresentaram aumento de 88,31% e 70,86%, respectivamente, no mesmo período.

O Amapá, além de apresentar aumento de 19,02%, tem a maior taxa de internações em 2010(102,84 por 10.000). Amazonas, Maranhão, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul também elevaram suas taxas de internação neste período.

Durante todo o período investigado, entre as 10 maiores taxas de internação por aborto estavam estados da região Norte e Nordeste e o Distrito Federal, com destaque para o estado do Amapá, Roraima, Acre, Sergipe, Amazonas, Bahia, Piauí, Ceará e Distrito Federal que estiverem sempre entre as maiores taxas.

A figura 1 apresenta o padrão das internações por região nas categorias de aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais e outras gravidezes que terminam em aborto.

No que se refere às internações por abortamento espontâneo, as taxas apresentaram aumento no Brasil, com pico em 2005 (127.821). Em 2000, a Região Norte apresentava taxa de internação igual a 22,5 abortos espontâneos para cada 10.000 mulheres em idade fértil; em 2010 essa taxa era de 33,8. A Região Nordeste passou de 28,35 para 31,95 por 10.000.

A Região Sul registrou as menores taxas, mas foi onde se percebeu o maior aumento percentual, saltando de 8,89 abortos espontâneos para cada 10.000 mulheres em idade fértil em 2000 para 13,9 em 2010, um acréscimo de 56,54%. O Centro-Oeste e o Sudeste apresentaram diminuição nessas taxas de 2000 para 2010, de 20,08 para 17,09 e 19,55 para 16,95, respectivamente.

As taxas de internações por aborto por razões médicas aumentaram 78,22% de 2000 para 2010 no Brasil. A Região Sudeste apresentou as maiores taxas absolutas, no entanto não houve mudança importante em termos relativos. Houve aumento importante na Região Sul, que passaram de 0,03 internações para cada 10.000 mulheres em idade fértil em 2000 para 0,37 em 2010, um número mais de 10 vezes maior. Norte e Nordeste também elevaram suas taxas de internação por aborto por razões médicas, 0,07 para 0,23 e 0,07 para 0,20. Contrariando essa tendência, houve diminuição na taxa da Região Centro-Oeste, de 0,27 para

0,20. Todas as regiões registraram aumento das taxas no ano 2008, quando as Regiões Norte e Sudeste registraram mais de 6 internações por aborto por razões médicas ou legais para cada 100.000 mulheres em idade fértil.

Nas internações por outras gravidezes que terminam em aborto, houve redução de 33,60% no Brasil. Essa redução também se percebeu em todas as regiões. O Nordeste registrou taxa de 38,18 internações por outras gravidezes que terminam em aborto para cada 10.000 mulheres em idade fértil em 2000. Já em 2010 esse número foi de 17,58, uma diminuição de 53,95%.

DISCUSSÃO

Frente aos presentes resultados, é importante salientar que nem todas as mulheres que sofreram algum tipo de aborto necessitam de internação hospitalar. No caso do aborto induzido, quanto mais seguro o método, menos chance de complicações e de necessidade de internação (15). Nos abortos espontâneos e por outras causas, como gravidez ectópica, também não são todos os casos que necessitarão de internação hospitalar, em alguns casos é possível fazer tratamento ambulatorial dessas patologias (16,17). No entanto, o número de internações também depende da disponibilidade de serviços hospitalares e do acesso da população a esses serviços. Por exemplo, mulheres que vivem em zona rural apresentam menor acesso aos serviços de saúde do que as que vivem em zona urbana (18).

Destaca-se também a subnotificação de casos de aborto induzido, pois esse tipo de aborto é considerado crime passível de punição legal. Por consequência, os dados referentes ao aborto induzido, falha de tentativa de aborto e suas complicações e óbitos devido à sepse ou hemorragias decorrentes desse tipo de procedimento podem não ser corretamente

computados e acabam subestimados (19). Em um estudo realizado nos Estados Unidos, onde o aborto é legalizado desde 1973, apenas 1,2% de 9.493 mulheres que procuraram por serviço para realizar aborto referiu já ter tentado induzir o aborto previamente com uso de misoprostol (20). Um estudo realizado em todo Brasil, em 1996, reforça a ideia de que o relato de aborto induzido é menor do que a realidade do fato. A prevalência de relato encontrada de aborto espontâneo foi de 14%, enquanto de aborto induzido foi de apenas 2,4% (21).

No presente estudo, encontrou-se tendência decrescente das taxas de internação hospitalar por abortamento no Brasil, uma redução de 11%. Esse padrão foi observado em um estudo sobre mortalidade materna por aborto induzido ou sem indicação legalmente admitida, entre 1980 e 1995, que encontrou diminuição nas taxas de mortalidade por essa causa em todas as regiões do país (22). Uma piora na qualidade da notificação das internações também poderia ter provocado um comportamento como o apresentado nos resultados. Porém, tal explicação é improvável, pois o SUS tem melhorado significativamente o campo de informações em saúde, principalmente através do sistema de autorizações de internação hospitalar (AIH-DATASUS-MS), o que se contrapõem a hipótese de declínio da notificação no país.

Na região Norte registrou-se aumento nas taxas de internação por abortamento no período investigado, contrariando a tendência decrescente observada no país e nas demais regiões. Pode-se atribuir às más condições das estruturas de serviços de saúde da região e/ou à dificuldade de acesso a esses serviços pela população (23). Outro fator que pode ter influenciado essa tendência é a possibilidade de que a região Norte apresentasse previamente um sub-registro dessas informações.

Quando considerados os estados brasileiros, em 2010, observa-se que entre as dez unidades federativas com maiores taxas de internação, à exceção do DF, todos são das regiões Norte e Nordeste, como mostra a Tabela 1. E as variações entre os estados são acentuadas.

Em 2005, o Norte e o Nordeste apresentavam as maiores taxas de internação por aborto e Mariutti et al (24) apontava os índices de analfabetismo, a dificuldade de acesso a informação e aos serviços de saúde como possíveis causas.

No entanto, existem importantes diferenças dentro da mesma região. Enquanto a Paraíba foi o estado que apresentou maior aumento das taxas de internação por aborto, de 22,32 para 42,99, Sergipe apresentou maior redução, 40,7%, apesar de figurar entre os dez maiores índices de internação. Essas variações e desigualdades haviam sido percebidas em outros estudos. Estudos regionais relatam que há importantes diferenças entre o padrão de abortos no país. Um estudo realizado no Rio de Janeiro, em 1991, encontrou relação de abortos mais alta do que a média da América Latina e da região Sul do país (25). Em 1995, estudo realizado em São Paulo encontrou diferença no padrão das internações por aborto nos municípios do estado, com maior concentração dessas internações na região metropolitana (26). Fazem-se necessárias maiores investigações para melhor compreender essas diferenças.

O aborto tem sido tradicionalmente tratado por evacuação cirúrgica, no pressuposto de que qualquer tecido retido aumente o risco de infecção e hemorragia. Durante a última década, métodos não-cirúrgicos eficazes alternativas têm sido defendidos para minimizar a intervenção cirúrgica desnecessária, mantendo baixas taxas de morbidade e mortalidade (27), o que diminuiria as taxas de internação hospitalar. No entanto, alguns autores defendem que esse atraso na intervenção cirúrgica possa aumentar as chances de necessidade de intervenção de urgência e de complicações tardias em alguns determinados tipos de aborto (28,29), o que aumentaria as taxas de internação.

Quando se separam as internações por tipo de aborto, verifica-se aumento nas internações por abortamento espontâneo e suas complicações. As regiões Norte, Nordeste e Sul apresentaram aumento nas suas taxas. O Sul registrou o maior aumento, de 8,89 para

13,91. Nas regiões Centro-Oeste e Sudeste houve redução das taxas de internação por aborto espontâneo, 14% e 13,5% respectivamente.

Sabe-se que entre 10 a 15% das gestações terminam em abortos espontâneos (2). Entretanto, a OMS estima que metade das gestações seja indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-la. As regiões Centro-Oeste e Sudeste seguem a tendência da América Latina de queda nas taxas de aborto induzido, que se mascaram através das taxas de internação por aborto espontâneo. No entanto essa queda é inexpressiva. As regiões Norte, Nordeste e Sul contrariam a tendência dos países desenvolvidos, que vem apresentando queda nestes índices. No leste Europeu, onde o aborto é seguro e descriminalizado na maioria dos países, entre 1995 e 2003 houve um decréscimo de 90 para 44 abortos a cada 1.000 mulheres em idade fértil (30).

É também nas regiões Norte e Nordeste onde as complicações e mortes por aborto adquirem maior importância entre as causas de morte materna. Em Salvador, desde os anos 1990 o aborto é a primeira causa de mortalidade materna. Em Recife e seus municípios da região metropolitana, o aborto ocupou o primeiro lugar em 1996, decrescendo nos anos seguintes (31,32).

Nas taxas de internação por aborto por razões médicas e legais houve aumento importante, mais de 75%. A região Sul passou de 0,03 para 0,37 internações por 10.000 mulheres, A região Norte passou de 0,07 para 0,23 e o Nordeste, 0,07 para 0,20. Em seguida, está a região Sudeste que prevalece com maiores números absolutos, e apresentou um aumento de 14,7%. A única região onde não se observou aumento foi no Centro-Oeste. O aborto legal é um direito humano das mulheres que sofreram violência sexual ou se não há outro meio de salvar a vida da mulher, reconhecido pela legislação brasileira, que não considera crime ou pune o aborto provocado nessas situações (artigo 128 do Código Penal).

Além disso, há jurisprudência para casos de interrupção de gravidez quando há malformação fetal incompatível com a vida, com o consentimento da mulher (4).

No entanto, em pesquisa realizada em 56 hospitais públicos brasileiros, estaduais, municipais e universitários em 2005, em 19 deles não foi obtida a informação sobre este tipo de atendimento, embora o hospital estivesse na lista fornecida pelo Ministério da Saúde para o aborto legal (33). Em um estudo sobre o conhecimento e opiniões dos médicos sobre os aspectos legais e éticos do aborto, realizado em 2001, apesar da maioria ter bom conhecimento geral sobre o aborto (70%), um em cada cinco médicos está desinformado sobre o fato de ser o aborto responsável por muitas mortes maternas no Brasil. A maioria aceita as condições do aborto legal e o ampliaria para malformação fetal incompatível com a vida, mas é contra a descriminalização do aborto por outros motivos (34).

O conhecimento deficiente sobre as leis que regulamentam o aborto por parte dos médicos, associado a questões culturais e religiosas, revela-se por conceitos errôneos na aplicação prática do aborto legal. No entanto, os resultados sugerem que essa realidade está mudando. É possível que a melhoria no acesso aos serviços de saúde que realizam estes procedimentos e no acesso a informação por parte da equipe médica e da população tenha provocado essa diferença significativa das taxas de aborto por razões médicas e legais nos últimos dez anos.

É fundamental ressaltar que maior atenção foi dada ao tema nos últimos oito anos, pois em 2004 o Ministro Marco Aurélio Mello propôs um projeto que torna legal a interrupção da gravidez quando o feto é anencéfalo. A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental número 54 (ADFP 54), aprovada em abril de 2012, não descriminaliza o aborto, bem como não cria nenhuma exceção ao ato criminoso previsto no Código Penal Brasileiro, porém, a ADPF 54 decidiu que a interrupção induzida de uma gestação com feto anencéfalo não pode ser considerada aborto.

O debate por parte da sociedade civil, juristas e imprensa, associado a uma possível melhoria no acesso a informação e aos serviços de saúde que realizam esses procedimentos pode ter influenciado esse aumento (mais de 75%) nas taxas de internação por aborto por razões médicas e legais.

Quando se analisa o padrão das internações por outras gravidezes que terminam em aborto, verifica-se redução nas taxas em todo o país. Sabe-se que a prevalência de gestação ectópica não apresentou mudanças significativas nos últimos anos e que o diagnóstico inicial possibilita o tratamento ambulatorial e menor risco de complicações (16) e, portanto, menor taxa de internações. O mesmo tem ocorrido com a mola hidatiforme, uma doença trofoblástica da gestação com potencial de malignização se não tratada, que tem prevalência estável na população brasileira e tem sido diagnosticada precocemente com auxílio da ultrassonografia (17).

Seria possível inferir, portanto, que uma melhoria no atendimento pré-natal resultaria em diagnósticos precoces dessas patologias, no entanto, esta não é a realidade observada em diversos estudos sobre a eficácia e qualidade do atendimento pré-natal no Brasil, que revelam um atendimento deficitário, precário e inadequado às determinações do Programa de Humanização ao Pré-Natal (35–38).

É possível ainda que uma melhor classificação no diagnóstico inicial por parte dos médicos e melhor preenchimento das AIHs influenciou na diminuição das taxas de internação por outros tipos de aborto e de aborto não especificado. Sabe-se também que grande parte dos abortos ilegais está mascarada nessa classificação de “outros tipos de aborto” e de “aborto não especificado”, logo uma maior segurança nos métodos do aborto ilegal justificam a diminuição das taxas dessa categoria. O maior uso de misoprostol, medicação usada em ambiente hospitalar e vendida ilegalmente como método de provocar aborto, acompanha significativa diminuição das infecções pós-aborto e outras complicações como hemorragia,

diminuindo assim as internações (39). No entanto, são necessárias maiores investigações e novas pesquisas nessa área para melhor compreender esse processo.

Resultados deste estudo confirmam a necessidade de novas estratégias de educação em saúde e atenção adequada às pacientes em situação de abortamento. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto, lançada pelo Ministério da Saúde em 2004, pretende fornecer aos profissionais subsídios para que possam não só oferecer cuidado imediato às mulheres, mas também disponibilizar alternativas contraceptivas, evitando, assim, abortos repetidos. Para as mulheres que sofreram abortos espontâneos ou por outras causas, deve ser oferecida assistência adequada às suas necessidades.

Além de melhoria na assistência hospitalar, maiores investigações e novas pesquisas devem ser realizadas, buscando conhecer e compreender as diversas, e divergentes, realidades no que se refere ao aborto no país.

Tabela 1. Total das interações por aborto por 10.000 mulheres entre 15 e 49 anos por unidade federativa do Brasil entre 2000 e 2010.

Unid.Federação	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rondônia	51,7	45,5	36,5	38,3	41,6	41,1	45,9	46,3	35,6	48,4	45,0
Acre	89,6	85,5	85,3	99,0	94,4	99,5	98,4	88,9	69,6	86,2	84,1
Amazonas	59,2	55,9	58,7	62,4	74,2	80,5	85,1	75,1	67,4	60,8	61,2
Roraima	52,2	84,5	5,0	3,4	3,6	70,0	121,4	85,6	92,4	132,7	89,2
Pará	56,0	54,5	51,2	52,5	55,1	58,5	54,5	50,8	47,8	47,7	44,7
Amapá	86,4	120,6	133,0	118,9	133,0	107,0	114,4	103,3	116,2	129,6	102,8
Tocantins	28,0	33,8	40,0	38,2	47,4	57,4	59,9	53,9	60,3	56,7	52,7
Maranhão	27,2	41,5	37,3	43,2	45,7	45,9	47,6	41,6	41,3	40,9	40,8
Piauí	82,5	73,8	66,5	69,3	69,2	66,8	61,2	57,6	54,5	49,1	51,5
Ceará	70,6	69,2	75,2	69,8	71,2	67,2	57,8	52,8	49,4	48,1	48,4
Rio G. do Norte	41,3	45,3	40,9	30,4	37,2	32,1	27,0	20,3	29,7	42,7	43,5
Paraíba	20,3	27,3	28,4	33,3	44,2	45,9	37,6	44,5	46,2	47,5	43,0
Pernambuco	64,2	65,3	66,9	58,7	60,1	62,2	54,7	51,2	46,2	45,4	46,1
Alagoas	65,3	67,1	74,5	64,7	72,9	69,2	64,0	57,9	48,4	48,2	45,6
Sergipe	107,0	115,3	108,5	96,7	102,8	91,7	86,1	75,7	74,3	67,8	63,5
Bahia	90,4	89,3	82,8	78,5	78,0	75,8	72,2	68,7	58,3	58,4	58,4
Minas Gerais	51,4	50,4	46,9	42,4	42,5	41,6	37,3	36,4	38,3	38,2	37,3
Espírito Santo	54,0	49,2	50,8	48,4	45,2	44,8	37,6	35,6	37,1	36,1	32,6
Rio de Janeiro	58,9	56,5	53,2	54,8	56,3	50,1	43,0	42,4	35,1	36,9	37,8
São Paulo	44,3	42,1	43,7	42,5	43,0	40,2	37,0	35,9	34,1	35,3	34,8
Paraná	34,9	34,8	30,9	30,7	32,0	30,1	27,6	28,2	26,7	28,5	28,5
Santa Catarina	44,9	39,7	36,6	36,3	34,3	34,4	32,4	30,6	35,6	35,3	33,5
Rio Grande do Sul	26,2	27,0	30,5	31,5	32,1	27,2	24,4	24,6	31,3	31,6	31,5
Mato G. do Sul	46,6	49,4	50,1	53,4	49,2	41,3	40,1	36,6	37,1	37,4	35,6
Mato Grosso	33,9	31,8	30,0	28,7	36,7	38,3	31,6	26,6	34,0	33,7	32,6
Goiás	30,9	34,4	36,8	33,0	31,7	33,0	29,5	26,3	26,0	26,7	24,7
Distrito Federal	93,6	89,5	76,0	86,6	94,7	91,6	82,9	79,2	69,8	67,0	61,6

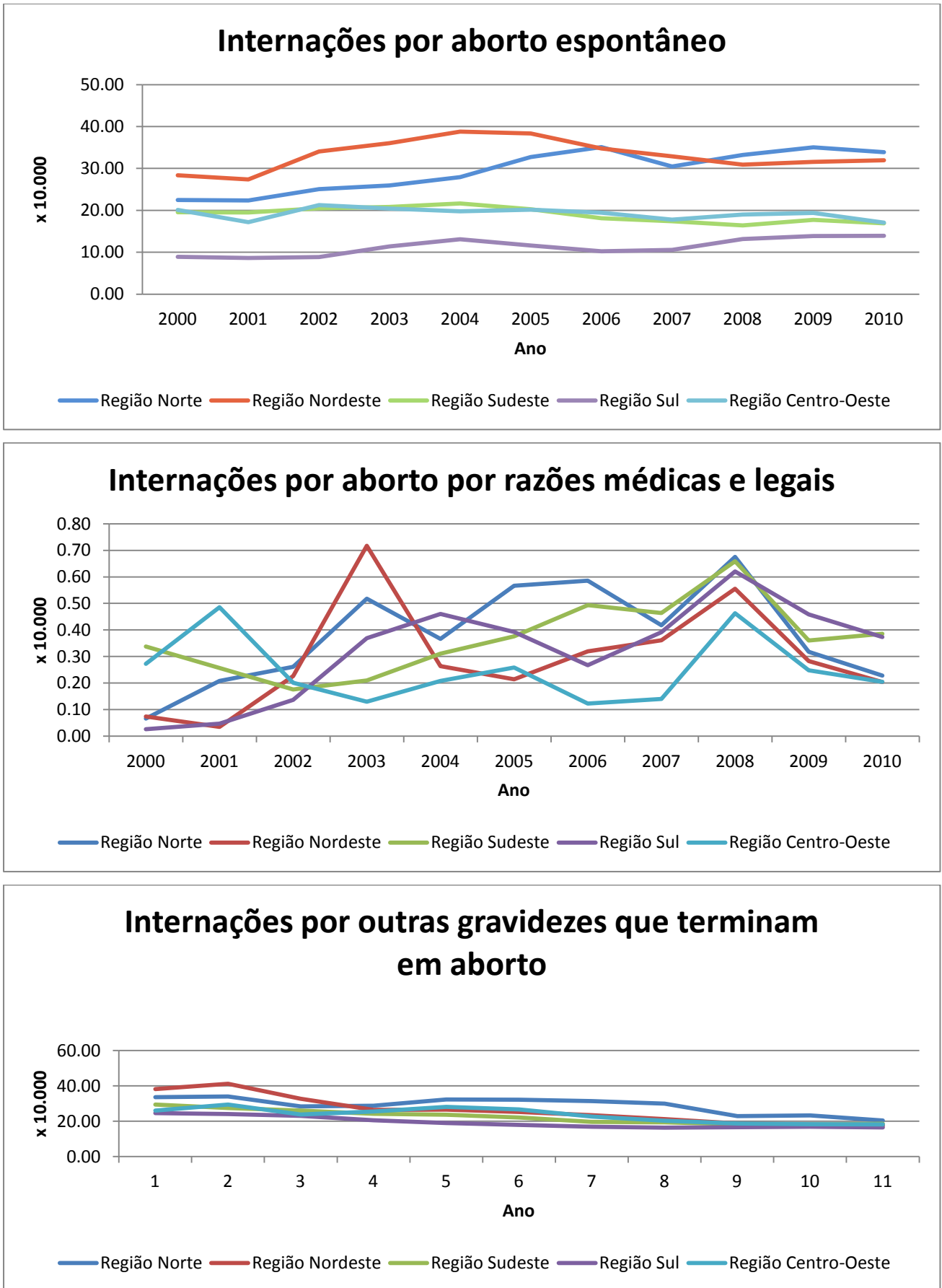


Figura 1. Internações por região nas categorias de aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais e outras gravidezes que terminam em aborto.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneve. 2008;
2. Chard T. Frequency of implantation and early pregnancy loss in natural cycles. *Baillière's clinical obstetrics and gynaecology* [Internet]. 1991 Mar;5(1):179–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1855339>
3. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* [Internet]. 2007 Oct 13;370(9595):1338–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933648>
4. Diniz D. Quem Autoriza o Aborto Seletivo no Brasil ? Médicos, Promotores e Juízes em Cena. 2003;13(2):13–34.
5. Rodemann AT, Allison JL, Schust DJ. Management of Early Spontaneous Pregnancy Loss. *JWatch Women's Health*. 2010;401(1):1–6.
6. Andersen A-marie N, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*. 2000;320:1708–12.
7. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* [Internet]. 2006 Nov 25;368(9550):1887–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17126721>
8. Laurenti R, Léa S, Gotlieb D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras : algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2004;7(4):449–60.
9. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Morte Materna em Hospital Terciário do Rio Grande do Sul - Brasil : um Estudo de 20 Anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003;25(6):431–6.
10. Andrade ATL, Guerra M de O, Andrade GN de, Araujo DA de C, Souza JP de. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006;28(7):380–7.
11. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, De Lucia MCS, Marcelo Z. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009;55(3):322–7.
12. Sanders C, Padilha P, Gomes MM, Nogueira J, Silvia cristine lucia, Bull A, et al. Influência de características maternas e história de abortamento no resultado obstétrico. :1–11.
13. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, Lucas H. Economic Impact of Unsafe Abortion-Related Morbidity and Mortality : Evidence and Estimation Challenges. *Institute of Development Studies*. 2008;59(December):9–44.
14. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(2):193–204.

15. Orner PJ, de Bruyn M, Barbosa RM, Boonstra H, Gatsi-Mallet J, Cooper DD. Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. *Journal of the International AIDS Society*. 2011 Jan;14(1):54.
16. Junior JE, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento . Situação atual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008;30(3):149–59.
17. Andrade JM de. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009;31(2):94–101.
18. Singh S, Wulf D. An Overview of Clandestine ABortion in Latin America. 1996;
19. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu a M, Van Look PF a. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1066–74.
20. Jones RK. How commonly do US abortion patients report attempts to self-induce? *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 Mar 7];204(1):23.e1–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20863478>
21. Cecatti JG, Guerra G virgicia queiroz lins, Sousa MH de, Menezes GM de S. Aborto no Brasil : um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010;32(3):105–11.
22. Lima BG de C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil : declínio e desigualdades espaciais. *Rev Panamericana de Saúde Pública*. 2000;7(3):168–72.
23. Travassos C, Oliveira EXGD, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil : 1998 e 2003. *Ciencia e Saúde coletiva*. 2003;11(4):975–86.
24. Mariutti MG, Silva HLR da, Júnior ML da C, Furegato ARF. Abortamento : um estudo da morbidade hospitalar no país. *RBM*. 2010;67(4):97–103.
25. Martins IR, Costa SH, Freitas SR da S, Pinto CS. Aborto Induzido em Mulheres de Baixa Renda — Dimensão de um Problema. *Caderno de Saúde Pública*. 1991;7(2):251–66.
26. Sorrentino SR, Lebrão ML. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São. *Rev. Bras. Epidemiol*. 1998;1(3):256–67.
27. Sagali H, Divers M. Modern management of miscarriage - Review. *The Obstetrician & Gynecologist*. 2007;9(2):102–8.
28. Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis JPA. Expectant, medical, or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. *American College of Obstetricians and Gynecologists* [Internet]. 2005 May [cited 2012 Jun 21];105(5 Pt 1):1104–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863551>
29. Torre A, Huchon C, Bussieres L, Machevin E, Camus E, Fauconnier A. Immediate versus delayed medical treatment for first-trimester miscarriage: a randomized trial. *American*

Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2012 Mar [cited 2012 Jun 21];206(3):215.e1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22381604>

30. THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Facts on Induced Abortion Worldwide. Special Report. 2008;
31. Alves SV. Mortalidade materna em Pernambuco, Brasil: o que mudou em dez anos? *Reproductive health Matters*. 2008;3(3):59–70.
32. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Abortamento*. 2010.
33. Talib RA, Citeli MT. Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros. *Cadernos Catolicas pelo Direito de Decidir*. 2005;13(1).
34. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto : conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto , São Paulo , Brasil , sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(3):679–88.
35. Silveira DS da, Santos IS dos, Costa JSD da. Atenção pré-natal na rede básica : uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*. 2001;17(1):131–9.
36. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003;25(10):717–24.
37. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silva D, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007;7(1):75–82.
38. Silva JLP e, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2005;27(3):103–5.
39. Silva DF de O, Bedone AJ, Faundes A, Fernandes AM dos S, Moura VGA de L e. Aborto provocado : redução da frequência e gravidade das complicações . Consequência do uso de misoprostol ? Artificial abortion : is reduction in the frequency and severity of complications a result of the use of misoprostol ? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10(4):441–7.