



ISSN: 2595-1661

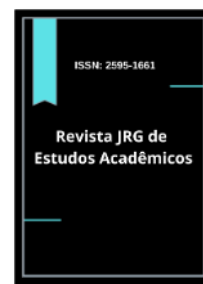
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Aborto como questão de saúde pública: perfil de internações por aborto no nordeste brasileiro de 2011 a 2020

Abortion as a Public Health Issue: Profile of Hospitalizations for Abortion in Northeastern Brazil from 2011 to 2020

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2902

ARK: 57118/JRG.v9i20.2902

Recebido: 26/01/2026 | Aceito: 29/01/2026 | Publicado on-line: 30/01/2026

Clarice Borges Carvalho¹

<https://orcid.org/0000-0001-6457-7923>

<https://lattes.cnpq.br/0616396160024938>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: clariceborges120@gmail.com

Marília Pereira da Silva²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8397-3040>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5701402945130021>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: mariliapereiradasilva114@gmail.com

Wilami de Araujo Carvalho³

<https://orcid.org/0009-0003-0019-8432>

<http://lattes.cnpq.br/2364027291609599>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: wilamitanckk@gmail.com

Tiago Felipe Araújo Ferreira⁴

<https://orcid.org/0000-0002-1535-6590>

<http://lattes.cnpq.br/1239440266493234>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: tiagofelipe213@gmail.com

Jomar Diogo Costa Nunes⁵

<https://orcid.org/0000-0002-3021-1509>

<http://lattes.cnpq.br/1239440266493234>

Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil

E-mail: jomar.diogo@ufma.br



¹ Graduando(a) em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

² Graduado(a) em Enfermagem. Especialista Multiprofissional em Saúde Coletiva - UFPA.

³ Graduado(a) em Agronomia pela Universidade Federal do Maranhão.

⁴ Graduando(a) em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

⁵ Graduado em Farmácia. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão.



Resumo

INTRODUÇÃO: O aborto é um grave problema de saúde pública, sendo induzidos mundialmente em média 73,3 milhões de abortos por ano (WHO, 2020; BEARAK *et al.*, 2020). **OBJETIVO:** Descrever o perfil de internação por aborto no Brasil, na região nordeste, no período de 2011 a 2020. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e transversal dos dados de base populacional, com o objetivo de traçar perfil de internações por aborto no nordeste brasileiro, Utilizando-se dados públicos e disponíveis para consulta e para *download* nos sistemas de informação em saúde do Brasil, (SIH/ SUS), Analisaremos segundo as seguintes variáveis (quando disponíveis): estados do Nordeste, características sociodemográficas (idade e raça/ cor), classificação do aborto (legal/espontâneo/outros tipos/não especificado), ano de ocorrência e custos das internações por aborto. **RESULTADOS:** Foram registradas, no período de 2011 a 2020, 596.953 internações por aborto no Nordeste, correspondendo a uma taxa média anual de 23,03%, Quando analisado às faixas etárias observou-se que todas começaram 2011 com menor índices registrados (15 a 19 anos 0,14%, 20 a 29 anos 1,25%, 30 a 39 anos 0,75% e 40 a 49 anos 0,14%) quando comparados aos outros anos, A avaliação por raça/cor da pele indicou 40,16% de sem informação nos últimos dez anos, A taxa de mortalidade de mulheres que sofreram aborto espontâneo foi predominante em mulheres pardas (30,38%). **CONCLUSÃO:** O presente estudo alcançou o objetivo que foi descrever o perfil de internação por aborto no na região nordeste, e avaliar a evolução desses dados ao longo dos últimos dez anos. Deste modo, este estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, com o intuito de se obterem retratos mais apurados, dos casos de internações por aborto no Nordeste, tais como as causas de internações por aborto inseguro, a fim de estimular a criação de políticas públicas que solucione essa problemática que são determinantes sociais que envolvem o aborto.

Palavras-chave: Aborto, Hospitalização, Saúde da Mulher, outras gravidezes que terminam em aborto, Nordeste.

Abstract

INTRODUCTION: Abortion is a serious public health issue, with an average of 73.3 million induced abortions worldwide per year (WHO, 2020; BEARAK *et al.*, 2020). **OBJECTIVE:** To describe the profile of abortion hospitalizations in Brazil, specifically in the northeastern region, from 2011 to 2020, based on official health information systems. **METHODOLOGY:** This is an ecological, descriptive, and cross-sectional study using population-based data to outline the profile of abortion hospitalizations in the northeastern region of Brazil. Publicly available data from the Brazilian health information systems (SIH/SUS) will be analyzed according to the following variables (when available): northeastern states, sociodemographic characteristics (age and race/ethnicity), age groups, classification of abortion (legal/ spontaneous/ other types/ unspecified), year of occurrence, and costs of abortion hospitalizations. **RESULTS:** From 2011 to 2020, there were 596,953 abortion hospitalizations in the Northeast, corresponding to an average annual rate of 23.03%. When analyzing the age groups, all of them started with lower recorded rates in 2011 (15-19 years: 0.14%, 20-29 years: 1.25%, 30-39 years: 0.75%, and 40-49 years: 0.14%) compared to other years. The evaluation by race/ethnicity indicated 40.16% of cases with missing information in the last ten years. The mortality rate of women who had spontaneous abortions was higher among brown-skinned women (30.38%). **CONCLUSION:** This study successfully described the profile of abortion hospitalizations in the northeastern region and evaluated the trends over the past decade. Therefore, it highlights the need for further research on this



topic to obtain more accurate portraits of abortion hospitalizations in the Northeast, including the causes of unsafe abortion hospitalizations, in order to promote the development of public policies to address this social issue surrounding abortion.

Keywords: *Abortion, Hospitalization, Women's Health, Other pregnancies that end in abortion, northeast.*

1. Introdução

O aborto é um grave problema de saúde pública, sendo induzidos mundialmente em média 73,3 milhões de abortos por ano (WHO, 2020; BEARAK *et al.*, 2020).

As discussões sobre o aborto são extensas e antigas, existem controvérsias que variam de intensidade sobre se e quando o aborto deve ser permitido e quais as situações, na qual, justificam ou sobre quando se inicia a vida. Valores éticos como poder, igualdade, dignidade, direitos, liberdade, justiça, fé, moral e autonomia se atravessam nessa trama de discussão (BRASIL, 1940; KRYIAKOS *et al.*, 2002).

No Brasil, abortar legalmente significa interromper gestações que coloquem em risco a vida da mulher gestante, ou daqueles cujos fetos sejam diagnosticados como anencefálicos, ou de gestações decorrentes de estupro (FUNASA, 2005). De acordo com o código penal Decretado pela Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, qualquer outro motivo que leve à interrupção voluntária é considerado criminoso (BRASIL, 1940).

De acordo com a (PNA), o aborto é um evento comum entre as mulheres brasileiras, a pesquisa nacional de aborto (PAN) de 2010 demonstrou que uma a cada cinco mulheres alfabetizadas da área urbana já fizeram ao menos um aborto. Ao ser comparado com PNA 2016 não demonstraram alterações significativas se comparadas a anterior, o que ressalta um problema de saúde pública que se mantém persistente. (DINIZ *et al.*, 2016; GUIGLIANI *et al.*, 2019).

A OMS relata que no ano de 2008 em torno de 102% das mortes maternas mundiais foram devido a abortos inseguros, este pode ser definido, como os casos de aborto que não são previstos por lei, pois mesmo que realizados por profissionais qualificados, a clandestinidade aumenta os riscos à saúde. (DOMINGUES *et al.*, 2020).

No Brasil, o aborto está entre uma das cinco causas mais frequentes de mortalidade materna, representando aproximadamente 5,00% de todos os óbitos maternos (MARTINS *et al.*, 2017).

Apesar do reconhecimento do direito ao abortamento desde o Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940), a garantia de acesso a ele somente se deu após o término da Ditadura Militar no Brasil, em 1989 – cerca de 50 anos após a promulgação da lei (MADEIRO; DINIZ, 2016). A diferença temporal entre a possibilidade de realizar o procedimento e a efetiva oferta do serviço pela rede pública de saúde nos parece ponto imprescindível de discussão: como é possível que o Estado se exima de tamanha responsabilidade por tanto tempo? Quais as consequências desta lacuna para o acesso dessa população na atualidade? Quais tipos de aborto essas mulheres passaram? Todos os abortos são notificados?

Existe um desafio muito grande em reduzir a taxa de mortalidade por aborto, tendo em vista, o conhecimento restrito sobre o aborto legal, a formação médica deficiente neste assunto e a busca reprimida pelo procedimento. Ademais, a clandestinidade e a ilegalidade também dificultam na modificação desse cenário, o que leva essas mulheres a por o procedimento clandestino a terem internações (MARTINS *et al.*, 2017).

Sabemos que o aborto acontece, sendo um tema relevante pela sua alta prevalência e questões sanitárias, sociais, psicológicas e religiosas envolvidas e as mulheres pobres



sendo umas das mais afetadas, desde o não acesso assistencial ao planejamento familiar, até a negligência do procedimento, levando elas as emergências do SUS, consecutivamente a terem mais traumas, e sequelas, (BATISTA *et al.*, 2017).

O artigo descreve, isto é: o perfil de internação por aborto no Brasil, na região nordeste, no período de 2011 a 2020 com base nos dados oficiais dos sistemas de informações em saúde, bem como, avaliar as taxas de internação materna por aborto na região nordeste do Brasil, em seguida, caracterizar os fatores étnico e sociodemográfico da amostra, por conseguinte, ressalte-se os altos níveis de subnotificação e a necessidade de intervir neste problema de saúde pública.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e transversal dos dados de base populacional, com o objetivo de traçar perfil de internações por aborto no nordeste brasileiro. Utilizando-se dados públicos e disponíveis para consulta e para *download* nos sistemas de informação em saúde do Brasil, (SIH/ SUS), em morbidade hospitalar por local de internação, e filtrados por divisão região, ano processamento, faixa etária, lista Morb CID-10 (aborto espontâneo), e analisados por Excel. Os critérios da Coleta de dados de internações por aborto, 2011 e 2020. Levou-se em considerados todos os registros de aborto encontrados no banco de dados do SIH/SUS nesse período. Analisados segundo as seguintes variáveis (quando disponíveis): estados do Nordeste, características sociodemográficas (idade e raça/ cor), classificação do aborto (legal/espontâneo/outros tipos/não especificado), ano de ocorrência e custos das internações por aborto. Será levado em consideração faixa etária da mulher (em anos: 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49); sua raça/ cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena; sem informação); e a categoria registrada para o tipo de aborto (espontâneo; por razões médicas; outras gravidezes que terminam em aborto). Não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de pesquisa com dados públicos do Ministério da Saúde. Os resultados serão de forma agregada, sem possibilidade de identificação, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados e Discussão.

Com o intuito de facilitar a apresentação das análise das informações retiradas do SIH, foram elaboradas 1 tabelas e 7 gráficos. Na tabela 1 encontra-se internações segundo a faixa etária e ano, trouxemos média (IC95% b) para indicar a média anual de internações por abortos, (V) representara a variação anual, projetados nos gráficos com linear, R^2 será o valor do coeficiente angular positivo/negativo representou o aumento/decréscimo médio anual nas internações por aborto para cada ano observado. Os gráficos foram apresentados valores por internações e crescimento segundo a análise dos 10 anos, trazendo informações sobre crescimento e diminuições segundo os perfis analisados de cor/ raça, idade, tipos de a portos, caráter de atendimentos e valores segundo os últimos caracteres valor de internação e Valor serviços hospitalares por Lista Morb.



Quadro- Taxa de internações por aborto entre mulheres de 15 a 49 anos de idade, segundo Unidade da Federação, Brasil, 2011-2020.

Lista Morb CID-10: Aborto espontâneo, Aborto por razões médicas, Outras gravidezes que terminam em aborto													
Alagoas													
Faixa Etária	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média	(V) variação	R2
15 a 19 anos	22,4 1	21,1 4	22	21,5 9	21,0 8	20,2 4	19,4 5	17,4 3	16,1 6	16,4 6	20,66	4,86	2,21
20 a 29 anos	43,3 2	48,9 7	46,0 6	45,3 7	46,6 6	47,4	47,0 1	45,4 5	44,7 8	47,5 8	46,36	2,34	1,53
30 a 39 anos	29,7 4	25,1 6	26,6	27,0 7	26,6 1	26,7 2	28,0 6	30,2 4	32,1 8	29,0 4	27,56	4,09	2,02
40 a 49 anos	4,53	4,73	5,35	5,97	5,65	5,65	5,49	6,89	6,85	6,91	5,65	0,67	0,82
Bahia													
15 a 19 anos	16,5 4	16,1 9	15,6 5	15,8 6	15,5 1	14,5 2	13,5 6	13,1 9	12,2	12,0 1	15,01	2,52	1,59
20 a 29 anos	47,6 6	47,0 8	45,9 6	44,4 6	44,2 7	43,5 6	42,5 3	42,3 8	41,3 3	42,3 6	43,92	4,15	2,04
30 a 39 anos	31,4 5	31,0 4	32,7 2	33,6 1	33,9 9	35,2 2	36,6 2	36,5 9	37,6 9	35,7 7	34,6	4,67	2,16
40 a 49 anos	4,35	5,69	5,67	6,07	6,24	6,69	7,29	7,84	8,78	9,86	6,47	2,39	1,55
Ceará													
15 a 19 anos	17,7 5	18,0 1	17,4 7	17,2 3	15,4 6	15,5 2	14,2 1	13,9 1	12,0 7	9,77	15,49	6,58	2,56
20 a 29 anos	43,0 8	44,3 6	45	44,6 5	44,9 8	44,0 8	44,0 3	44,3 5	42,0 4	37,5 6	44,21	4,53	2,13
30 a 39 anos	31,3	30,3 9	30,5 1	30,5 8	31,4 2	32,4 5	33,5	35,9 5	35,5 4	31,4 3	31,43	3,76	1,94
40 a 49 anos	7,88	7,24	7,03	7,54	7,56	7,95	8,26	9,41	9,76	8,5	7,91	0,72	0,85
Maranhão													
15 a 19 anos	19,0 9	19,2 6	19,9 6	20,2 1	19,9	17,5 8	18,6 2	18,4 5	17,2 2	14,2 9	18,86	2,82	1,68
20 a 29 anos	54,8 8	55,4 9	52,8 7	51,2 2	51,4 4	46,3 2	50,7	50,6 4	48,6 3	40,4 8	50,96	17,21	4,15
30 a 39 anos	22,2 8	21,8 8	23,6 2	23,9 7	26,4 8	24,3 1	28,5 3	31,7 8	30,9 8	27,1 3	25,39	10,94	3,31
40 a 49 anos	3,74	3,38	3,55	3,93	3,81	3,78	4,8	5,08	5,35	5,04	3,87	0,48	0,7
Paraíba													
15 a 19 anos	17,5 2	16,3 5	17,7 7	16,4 2	16,3 7	14,8 9	14,2 5	14,1 9	13,6 4	13,2 5	15,62	2,38	1,54
20 a 29 anos	44,4 9	46,2 8	44,9 6	46,6 4	44,0 6	42,4 1	42,9 4	39,6 3	42,2 5	38,7 9	43,5	6,05	2,46
30 a 39 anos	30,0 6	30,5 5	30,5 8	33,6 6	34,7 7	33,5 2	35,2 5	37,3 6	37,7 1	37,6 2	34,22	7,97	2,82
40 a 49 anos	7,93	6,82	6,69	7,66	7,34	9,17	7,56	8,81	9,62	10,3 3	7,79	1,36	1,16
Pernambuco													
15 a 19 anos	18,6 3	18,7 5	17,8 2	18,0 5	16,7 6	14,2 9	14,5 1	13,2 4	12,2 1	10,6 4	15,64	7,59	2,75
20 a 29 anos	49,6 5	47,4 5	45,8 3	45,8 9	44,3 2	39,3	40,6 2	39,1 3	37,6 5	34,6 1	42,47	21,24	4,61
30 a 39 anos	26,3	28,6 5	28,2 1	28,9 6	29,5 2	24,2 9	28,9 9	28,7 3	28,4 4	25,0 3	28,54	3,01	1,73
40 a 49 anos	5,41	5,16	5,5	5,25	5,79	4,7	5,76	6,22	6,86	5,46	5,48	0,32	0,57



Piauí													
15 a 19 anos	18,3	18,0 3	18,4 8	17,8 4	18,0 4	18,9 4	17,3	17,2	14,4 9	14,0 2	17,93	2,51	1,59
20 a 29 anos	51,4 2	51,3 6	51,1 9	47,1 5	47,4 8	48,8 9	49,5 3	49,9 4	47,4	44,6 1	49,21	4,49	2,12
30 a 39 anos	27,1 7	26,3 7	26,2 3	28,2 6	29,9 2	29,5 1	32,5 3	33,9 9	34,1 7	34,7 1	29,72	9,97	3,16
40 a 49 anos	3,11	4,24	4,1	4,58	5,37	5,45	5,71	6,35	6,45	6,67	5,41	1,23	1,11
Rio Grande do Norte													
15 a 19 anos	14,6 4	15,7 6	15,4 9	22	20,9 1	16,7 4	13,5	11,5 7	11,4	9,39	15,06	14,62	3,82
20 a 29 anos	48,5 4	45,3 1	46,8 4	57,0 6	56,9 7	48,8 4	42,6 7	43	41,2 1	37,4 7	46,07	36,77	6,06
30 a 39 anos	29,6 5	31,4 4	32,5 3	40,9 6	42,2 7	37,2 2	36,0 9	37,2 2	39,3 1	34,1 1	36,66	15,45	3,93
40 a 49 anos	7,18	7,49	7,49	8,79	9,74	10,1 6	7,73	9,26	10,8 7	8,94	8,87	1,45	1,2
Sergipe													
15 a 19 anos	15,4 3	17,6 1	17,9 6	16,2 2	17,9	13,8	14,5 5	13,2 2	13,2 9	10,8 9	14,99	5,02	2,24
20 a 29 anos	47,6 2	47,1	43,7 5	44,2 8	45,6 5	37,8 8	43,5 6	43,0 8	44,2 8	37,7	44,02	10,12	3,18
30 a 39 anos	30,8 5	29,2 3	32,0 7	31,0 1	32,7 5	27,9 1	34,4 9	35,0 1	33,8 6	29,7 3	31,54	5,03	2,24
40 a 49 anos	6,1	6,07	6,22	6,49	6,34	5,9	7,46	7,42	7,31	6,31	6,33	0,32	0,57

Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Foram registradas, no período de 2011 a 2020, 596.953 internações por aborto no Nordeste, correspondendo a uma taxa média anual de 23,03%. A proporção das internações por aborto de mulheres em idade fértil foi de 4,3%, considerando-se o total de internações da população feminina da mesma faixa etária, para o mesmo período.

A análise temporal, de 2011 a 2020, indicou redução significativa, das internações por aborto no Nordeste, com uma variação média de 1,43 ponto percentual (p.p.) ao ano (Tabela 1).

Essa redução foi observada em quase todas os estados. Entretanto, houve um crescimento ao ano na Bahia ($R^2 = 0,07$) Ceará ($R^2 = 0,40$), Maranhão ($R^2 > 1,00$) e Pernambuco ($R^2 > 1,00$).

Quanto a idade 15 a 19 anos apenas três apresentaram uma Média (IC95%b) anual de internação superior a 15% foram: Alagoas (20,66%), Maranhão (18,86%) e Piauí (17,93%).

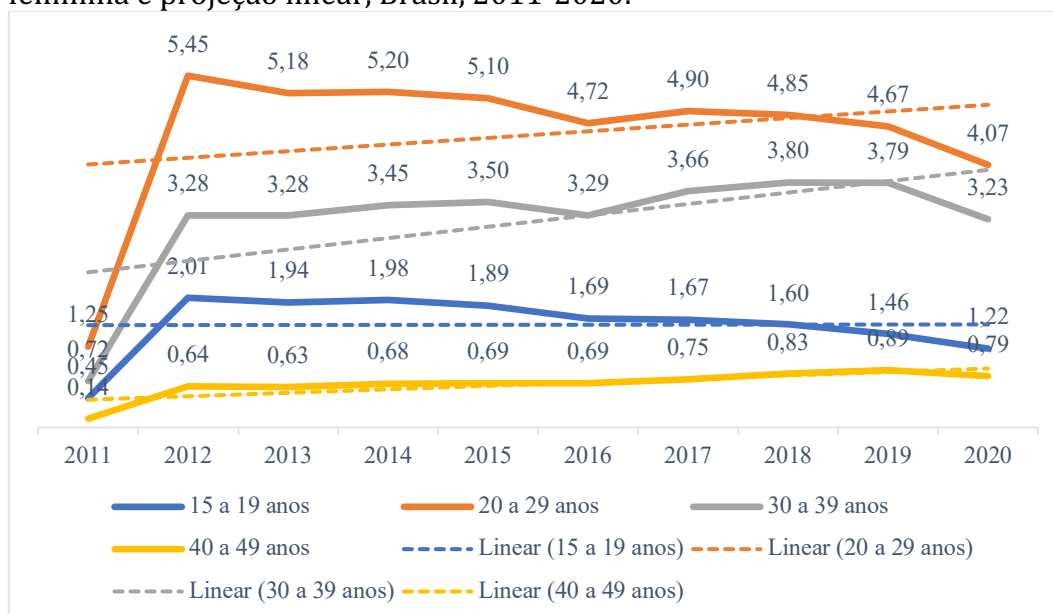
A faixa etária de 20 a 29 anos os estados que apresentaram maior média anual foram Maranhão (50,96%), Piauí (49,21%), Rio Grande do Norte e Alagoas com cerca de (46%), os demais estados apresentaram valores ($\leq 44\%$).

Observou-se que a faixa etária de 30 a 39 anos os estados que tiveram melhor projeção para o ano consecutivo foi Pernambuco ($R^2 = 1,73$) e Ceará ($R^2 = 1,94$). Com relação à média anual todos os nove estados apresentaram valores ($\leq 36,66\%$), em relação a variação populacional Rio Grande do Norte apresentou uma variação populacional (15,45%) e o Maranhão (10,94%), sendo os dois maiores em relação aos demais estados quanto analisado essa faixa etária.

Analisando os estados com relação a faixa etária de 40 a 49 anos, observasse que Rio Grande do Norte apresentou maior média anual de internações (8,87%), seguida de Ceará e Paraíba com cerca de 7%, os demais estados se mostram ($\leq 6\%$).



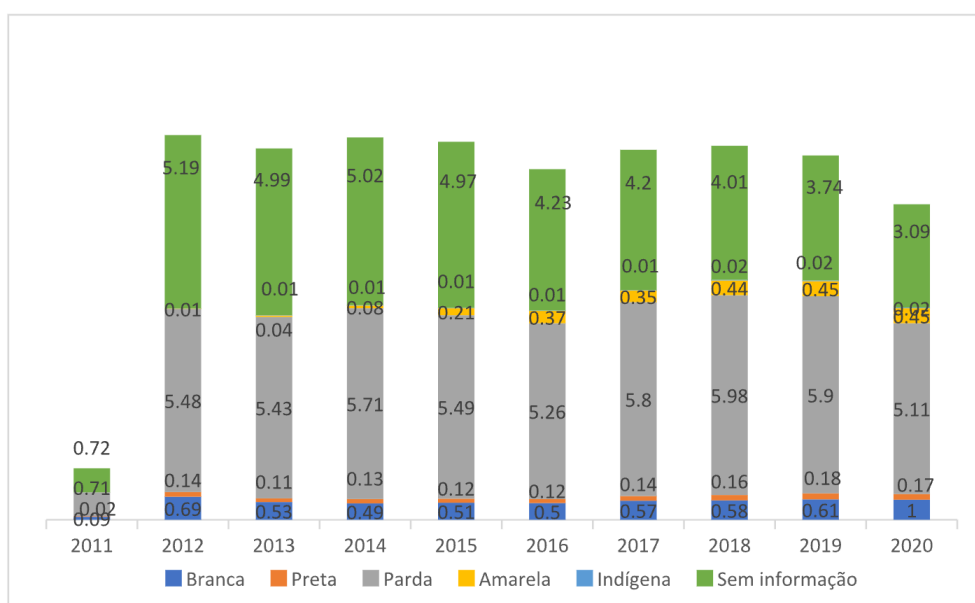
Gráfico 1 – Taxa de internações por aborto segundo faixa etária da população feminina e projeção linear, Brasil, 2011-2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quando analisado às faixas etárias observou-se que todas começaram 2011 com menor índices registrados (15 a 19 anos 0,14%, 20 a 29 anos 1,25%, 30 a 39 anos 0,75% e 40 a 49 anos 0,14%) quando comparados aos outros anos. As idades de maior ocorrência, foram a de 20 a 29 anos (45,39% de 2011 a 2020), essa faixa etária teve maior proporção em 2012 com 5,45% das internações, de 30 a 39 anos, com cerca de 32% soma total do período de dez anos, apesar de que no último ano apresentou uma redução (3,23%) quando comparada com os anos anteriores. De 15 a 19 anos o maior pico de internações registradas deu-se em 2012 (2,01%), quando avaliado as idades 40 a 49 anos foi a que expressou menores índice se mantendo abaixo de 1%.

Gráfico 2 – Proporção de internações por aborto segundo raça/cor da pele, Brasil, 2011-2020.

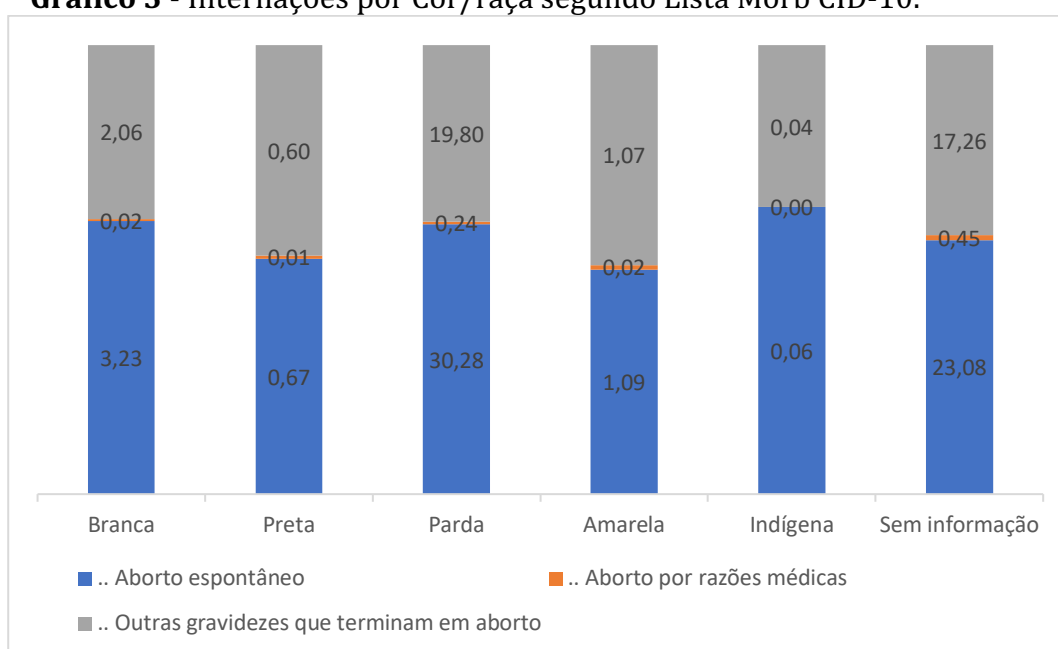


Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).



A avaliação por raça/cor da pele indicou 40,16% de sem informação nos últimos dez anos, embora se tenha observado aumento no percentual de registros ao longo do período analisado (de 0,72% sem informação, em 2011, para 3,09% em 2020). Entre as mulheres pardas, houve uma pequena redução (de 5,48% em 2011, para 5,11% em 2020), enquanto as indígenas variaram de 0,1% em 2011 para 0,2% em 2019, brancas apresentaram o terceiro maior registro (0,61% 2020). Para mulheres identificadas como pretas variou (0,14% em 2012, a 0,17% em 2020), e amarelas de 0,04% para 0,45% (2011 a 2020), mostrando que percentual de internações aumentou, no entanto pretas, amarelas e indígenas, tem um somatório menor quando comparados as demais, uma vez que 40,16% das mulheres que sofreu aborto espontâneo não informou sua raça/cor. (gráfico 2).

Gráfico 3 - Internações por Cor/raça segundo Lista Morb CID-10.

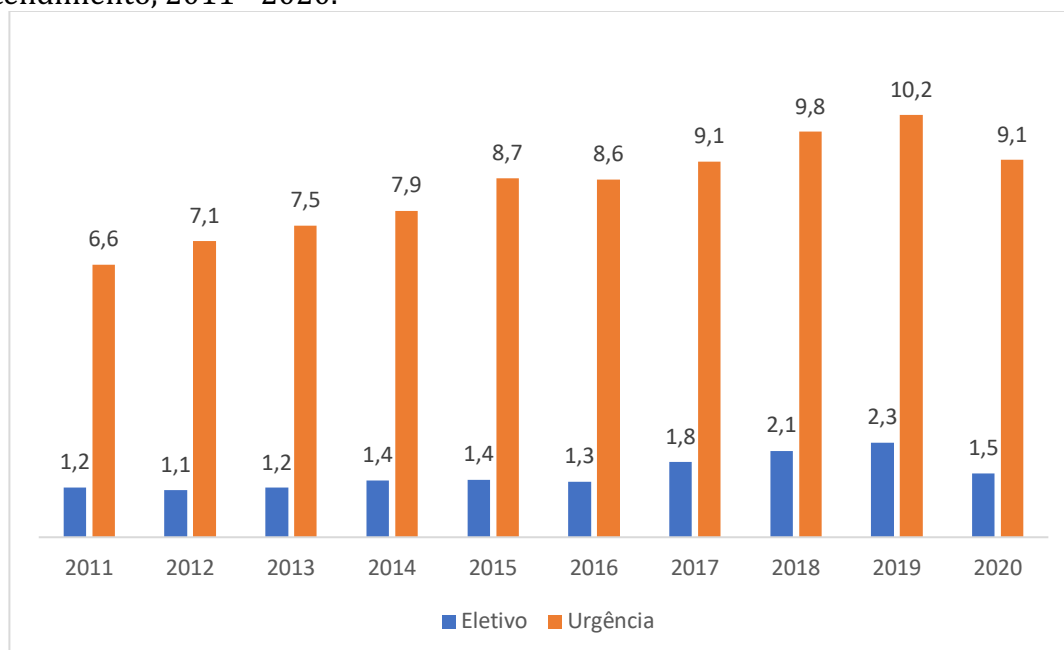


Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

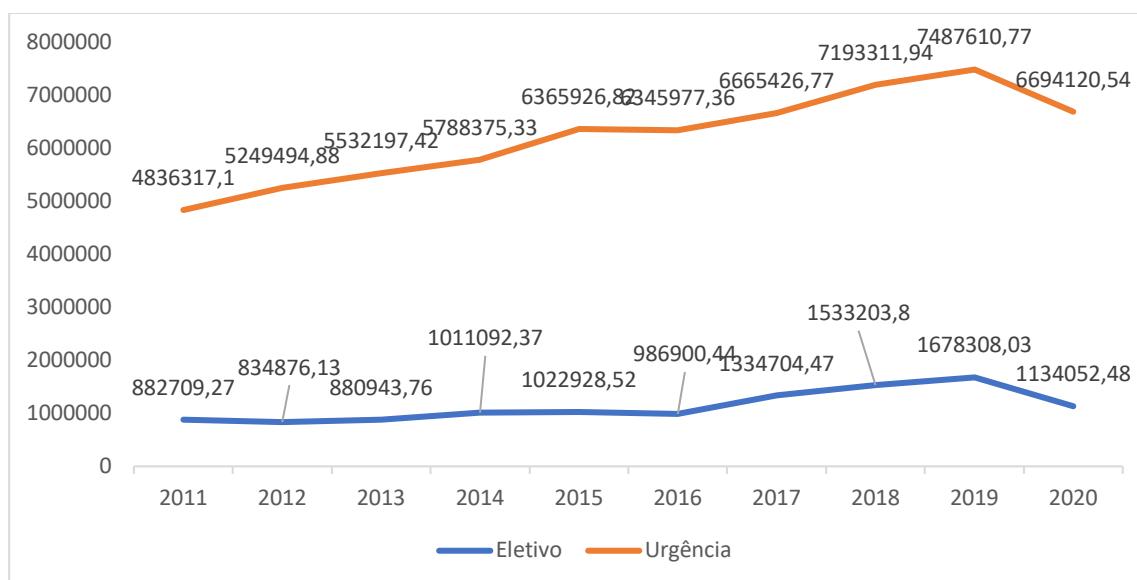
A taxa de mortalidade de mulheres que sofreram aborto espontâneo foi predominante em mulheres pardas (30,38%) seguidas por sem informações (23,08%), brancas (3,23%), amarelas (1,09%), e pretas e indígenas somaram (0,73%). Outras gravidezes que terminaram em aborto tiveram maior expressão novamente em mulheres pardas com 19,80%, seguidas de sem informação (17,26%) e brancas (2,06%), pretas, amarelas e indígenas expressaram um total (1,71%) índices menores que outras raças. Quando avaliado cor/raça em relação Abortos por razões médicas todas apresentaram valores menores que 1%, das internações.



Gráfico 4 e 5 - Valor de internações hospitalares por Caráter atendimento e Ano atendimento, 2011 - 2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

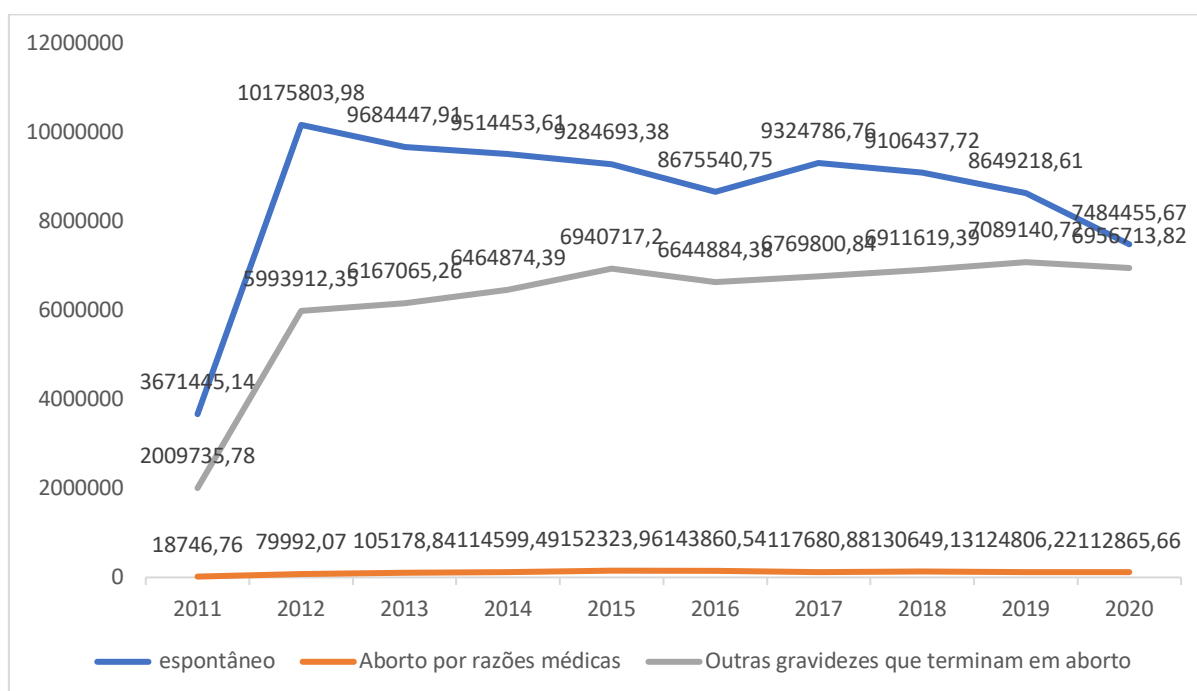
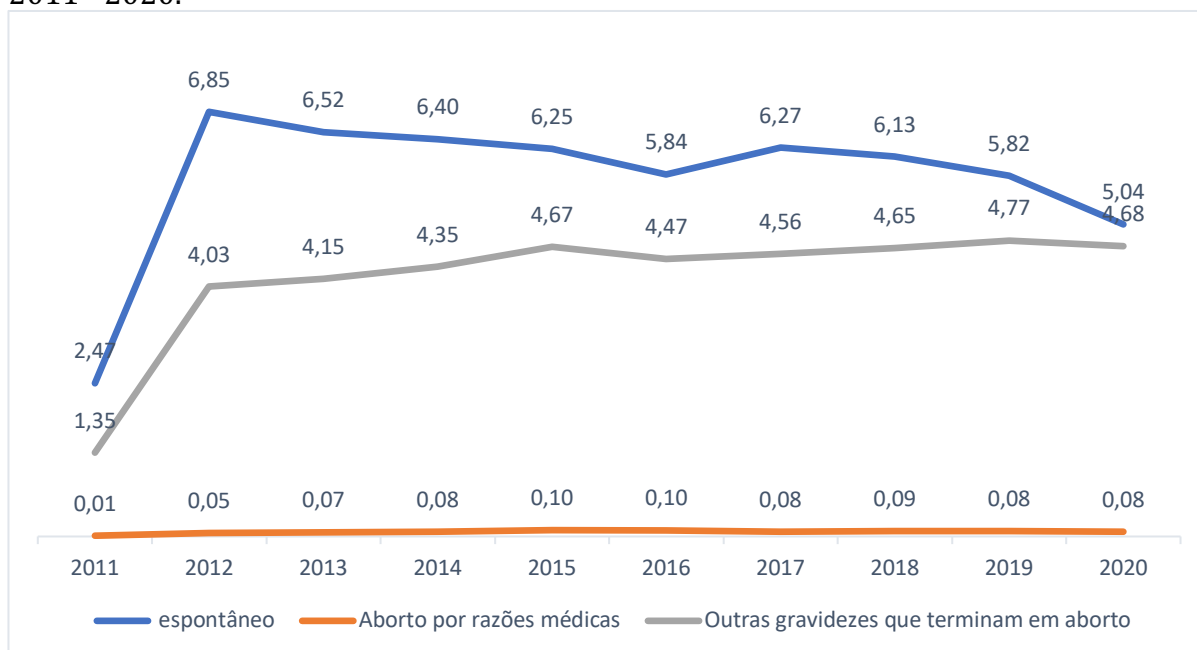


Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O gráfico 4 representa os valores de internações anuais em forma de porcentagem, e o gráfico 5 mostra os valores reais gastos por tipos de internações, trazemos a forma na qual foi análise referente valores atendimento, letivo apresentou menor valor de gasto. (2011, R\$: 882709,3/ 73458478 *100= 1,2%, 2020: R\$: 1134052/ 73458478 *100= 1,5%). Urgência registrou o maior valor (2011: R\$: 4836317 / 73458478*100= 6,6%, a 2020 com R\$: 6694121 / 7345478*100= 9,1%), em bora o ano de 2019 tenha sido o ano com maiores valores representando 10,2%.



Gráfico 6 e 7 - Valor serviços hospitalares por Lista Morb CID-10/ tipos de abortos de 2011 - 2020.



Fonte: TABNET-DATASUS 2023. Baseado no Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A representações dos gráficos acima tem o intuito de mostrar os valores em forma de porcentagens e valores reais como é evidente no gráficos 6 e 7, Através dos dados evidenciados no gráfico 7, observa-se que, no que se refere aos tipos de aborto, a maioria ocorreu por aborto espontâneo, com (R\$: 3671445 / 148620451,2*100= 2,47% em 2011, R\$: 7484456 / 148620451,2*100= 5,04% em 2020), porem o ano de maior valor registrado foi 2012 com 6,85%, seguido de aborto espontâneo, com 619484664 (42%) e abortos por razões medicas, representaram (R\$: 1100704/ 148620451,2*100= 1%) dos casos.



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 (ORNER *et al.*, 2016). 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 (JUNIOR JEMES *et al.*, 2018; ANDRADE, 2019). 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 (SINGH; WULF, 2016).

Destaca-se também a subnotificação de casos de aborto induzido, na sua maioria sendo notificado como outra gravidez que terminaram em aborto, pois esse tipo de aborto é considerado crime passível de punição legal. (KHAN *et al.*, 2016). Houve uma redução do número de casos de aborto espontâneo no ano de 2020, o que pode ser justificado por uma baixa procura por atendimento devido ao isolamento na pandemia da COVID-19, subnotificação ou até mesmo uma melhora na Atenção Primária da Saúde (prevenção e promoção à saúde) através do aumento das Estratégias de Saúde da Família (ESF) nas regionais de saúde mesmo em anos de pandemia (FERNANDEZ, 2021; SILVA, 2014). A dificuldade em afirmar a real quantidade dos abortamentos espontâneos, dentre todos os abortamentos, decorre muitas vezes pelo fato de algumas mulheres ocultarem a real classificação dos abortos sendo que alguns classificados como espontâneos tenham sido provocados (SILVA, 2014).

De acordo com Diniz e Medeiros (2017) foi observado que muitas mulheres só procuram os serviços de saúde quando apresentam complicações pós-abortamento. Esse fato pode justificar a maior parte dos atendimentos, realizados entre 2011 e 2020, serem de caráter de urgência.

Por outro lado, conforme foi dito, o aborto por caráter de atendimento letivos podem ser em sua maioria induzido decorrente de uma interrupção externa e intencional levando à morte do conceito durante o período da gestação (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Essa prática é bastante polêmica, pois envolvem questões culturais, políticas, religiosas e sociais. Além também de ser considerado crime em alguns países, como por exemplo, no Brasil, exceto para três situações específicas, sendo elas: quando a gravidez oferece risco de vida para a gestante; quando a gravidez é decorrente de estupro; ou em casos de feto anencéfalo, caracterizando um em atendimentos letivos, (MAIA, 2021). Os abortos letivos normalmente são exercidos através de procedimentos cirúrgicos ou químicos, variando com a idade do feto. Assim como pode ser feito de maneira segura, quando é pedido por razões médicas ou legais, e existe um profissional habilitado para efetuá-lo, ou de maneira insegura, referindo-se aos casos de abortos clandestinos. Sendo que estes são realizados principalmente pelas mulheres que dispõem de menos recursos financeiros, onde é feito sem acompanhamento de um especialista e em condições de higiene precária, aumentando os riscos para a saúde da mulher, e precisando de atendimentos hospitalares caracterizando como de urgência em sua maioria (PEREIRA, 2018). Observa-se que no intervalo compreendido entre os anos de 2008 e 2015, ocorreu cerca de 200.000 internações por ano devido a procedimentos relacionados ao aborto, sendo que apenas cerca de 1.600 foram por razões médicas e letivos (CARDOSO *et al.*, 2020).

Parte-se do princípio de que a maioria das internações foram classificadas por caráter de urgência apresentadas é passível de reconhecimento na esfera da assistência de saúde, sobretudo, no pré-natal. Assim, a assistência qualificada poderá contribuir



significativamente para a redução das taxas de internações, considerando-se que há maior chance de promoção de um processo gestacional seguro mediante as detecções precoces das alterações na saúde materna e fetal (CALEGARIA *et al.*, 2016; OTA *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2021).

No entanto, alguns subgrupos têm tamanho pequeno, como indígenas e amarelas, o que pode ter afetado a precisão das medidas em relação aos grupos mais numerosos (CARDOSO *et al.*, 2020; DINIZ *et al.*, 2017). Deve-se considerar que as minorias étnico-raciais compõem um grupo de maior vulnerabilidade, por questões socioeconômicas e menor acesso aos serviços de saúde, sendo, portanto, menos captadas pelo registro de internações hospitalares. (DANTAS, 2019). Além disso, a PNA estudou os abortos não previstos em lei, diferentemente do presente estudo, cujo objeto de análise é o perfil de internação hospitalar (CARDOSO *et al.*, 2020).

A redução da proporção de internações por aborto sem informação sobre raça/cor da pele, ao longo do período estudado, foi acompanhada de um leve aumento na proporção de mulheres pretas e pardas, sugerindo que a melhoria da informação tenha ocorrido nesse estrato populacional. Essa provável migração de dados sem informação para a população negra indica que a invisibilidade desse grupo de mulheres mais vulneráveis parece ter-se reduzido gradativamente, ao longo dos tempos recentes. Comparando-se com dados atuais de mortalidade por aborto, por exemplo, são essas mulheres as que se encontram no grupo de maior risco: estudo de Cardoso *et al.* (CARDOSO, VIEIRA; SARACENI 2020), mostrou que mulheres de raça/cor da pele preta e indígena têm maior risco de óbito por aborto, assim como aquelas das regiões Norte, Nordeste.

Para Souza *et al.* (2015), no Brasil, os dados obtidos sobre abortamentos são baseados fundamentalmente no número de registros de internações hospitalares por suas complicações, porém, esses dados apresentam uma grande quantidade de subregistros, já que o SIH/SUS tem abrangência para os casos com acesso aos serviços públicos de saúde, excluindo as pessoas que não tiveram acesso ao SUS, as que tiveram e não foram internadas e as internadas na rede privada de saúde. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto, respondida por inquéritos domiciliares com amostra aleatória de mulheres entre 18 a 39 anos, demonstrou que cerca de 500.000 realizaram algum procedimento relacionado ao abortamento, mas apenas 48% buscou ou necessitou de internação hospitalar no ano de 2016 (DINIZ *et al.*, 2017). Quanto à faixa etária, a maior incidência de abortos espontâneos ocorreu entre os 15 a 30 anos, o que pode ser justificado pelo fato de se concentrar o período de maior fecundidade das mulheres, na plenitude de suas atividades sexuais daí estarem mais susceptíveis às ocorrências de gestações desejadas ou não (RIBEIRO; BOLPATO, 2017).

Em 2017 foi expressado maior registro de internações por aborto segundo a faixa etária de 15 a 19 anos, no entanto, a OMS demonstrou uma taxa de gestação no Brasil, na adolescência, de aproximadamente 70%, sendo esta taxa maior do que a ocorrência nessa faixa etária na América Latina. Esse fato é alarmante e demanda alterações no cuidado da saúde sexual e informações para tais adolescentes, uma vez que o risco de mortalidade materna é extremamente alto em mulheres menores de 15 anos. (PAVELQUEIRES; SANTOS ITS, 2020).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, a partir da década de 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%, e afirma que o aumento dessa taxa ocorreu entre adolescentes e jovens, assim como o número de mortalidade materna nesta faixa etária. Sendo considerada um forte índice de que as políticas de contracepção como: atenção básica à gestante em pré-natal planejamento familiar



educacional, que não têm sido adequadas, nem referenciado e atendido às necessidades específicas desse grupo, afetando diretamente sua saúde reprodutiva (MENEZES *et al.*, 2020).

A falta de educação sexual impede o conhecimento do uso dos métodos contraceptivos, o que permite as adolescentes engravidar precocemente e acabar pensando que o aborto é a única opção frente a uma gravidez indesejada. Corrobora-se que nível de renda familiar não é um fator determinante nesse processo, mas tem grande importância. Uma vez que adolescentes com menor poder aquisitivo praticam o aborto em condições precárias, resultando complicações e agravos nas maioridades vezes irreparáveis (CARDOSO *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que os programas do Ministério da Saúde para este público, se aplicados de maneira veemente e correta, podem gerar melhores resultados. Sendo importante a orientação e educação sexual para que os jovens possam ter conhecimento do seu próprio corpo e sua funcionalidade, para obtenção de consciência e responsabilidade. Por isso, um programa de educação sexual não deve ser banalizado nem tão pouco ser deixado de lado, pois a sua importância é tão grande quanto aos programas de doenças implantados pelo Ministério da Saúde e pela OMS (RODRIGUES; KAMIMURA; OLIVEIRA, 2021).

4. Conclusão

O presente estudo alcançou o objetivo que foi descrever o perfil de internação por aborto no na região nordeste, e avaliar a evolução desses dados ao longo dos últimos dez anos. Apesar de não haver dentro do Sistema de Informação, as causas de internações por aborto inseguro, o que pode ser considerado uma omissão clara nos dados quando declarado pelo sistema, já que observamos que maiores taxas foram de gravidez que terminaram em aborto, por isto, podemos ver que ainda á uma grande problemática sobre gravidez na adolescência constataram-se evidencias que provam o grande número de mulheres em idade fértil entre 15 a 30 anos, mulheres pardas ainda são as mais acometidas, ainda que mulheres negras, indígenas e amarelas, esteja em menor quantidades, a importância de reforçar o planejamento familiar a fim de evitar episódios de aborto e gestações indesejadas logo diminuindo os gastos por internações. Deste modo, este estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, com o intuito de se obterem retratos mais apurados, dos casos de internações por aborto no Nordeste, tais como as causas de internações por aborto inseguro, a fim de estimular a criação de políticas públicas que solucione essa problemática que são determinantes sociais que envolvem o aborto.



Referências

- ANDRADE, J. M.; Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2019;31(2):94–101. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200008>.
- BEARAK, J., et al., (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **Lancet Global Health**. 2020 Sep; 8(9), Artigo e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- BEZERRA, E; et al. A saúde da mulher e a contribuição de enfermagem frente à mulher que sofreu aborto. Artigo Científico apresentado a Faculdade de Pimenta Bueno - FAP, 2017.
- BRASIL. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União 1940; 31 dez.
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. DOS S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. Cad. Saúde Pública, 2020 36 suppl 1, p. e00188718, 2020.
- DANTAS, MARIANNY NAYARA PAIVA. **Iniquidades nos serviços de saúde brasileiros: uma análise do acesso e da discriminação racial a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**, 2013. 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.
- DINIZ, D., MEDEIROS, M. & MADEIRO, A. (2017). **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. **Rev. Ciênc. saúde** colet. 22 (2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
- DOMINGUES ROSA MARIA SOARES MADEIRA, F, et al., **Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica**, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(1): e00190418.
- FERNANDEZ, M., LOTTA, G. & CORRÊA, M. (2021). **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19**. **Trab. educ. saúde**, 19. <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w>
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005.
- GUIGLIANI CAMILA, et al., O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de medicina da família e comunidade**. 2019 Jan;14(41):1791.
- JUNIOR JEMES, MONTENEGRO NAMM, SOARES, CAMANO L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2018;30(3):149–59.
- KHAN, K.S.; WOJDYLA D.; SAY L.; GÜLMEZOĞLU A. M.; VAN LOOK PF A. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**. 2016 Apr 1;367(9516):1066–74.
- KRYIAKOS, N.; E FIORINI, E. A dimensão legal do aborto no Brasil. In: **Aborto Legal: Implicações Éticas e Religiosas**. São Paulo: **Cadernos Católicos pelo Direito de Decidir**; 2002. p. 131-46
- MAIA. M.N. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2021; 16(43): 1-8
- MARQUES, B. L.; TOMASI, Y.T.; SARAIVA, S.S.; BOING, A.F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Rev. Esc. Anna Nery**, 2021;25(1):e20200098. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.



- MARTINS, E.; ALMEIDA, P.; PAIXÃO, C.; BICALHO, P.; ERRICO, L.; Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no estado de Minas Gerais. **Caderno de saúde pública**. Brasil, 2000-2011.2017 Feb 13;33(1):e00133115.
- MENEZES GRAICE, et al. "Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade." **Cadernos de Saúde Pública**. 2020; 36: e 00197918.
- OLIVEIRA, M.C.; et al. **Aborto induzido no Brasil. Multidebates**, 2019; 3(1): 287- 307.
- ORNER, P.J.; DE BRUYN M.; BARBOSA R. M.; BOONSTRA H.; GATSI-MALLET J.; COOPER, D.D.; Access to safe abortion: building choices for women living with HIV and AIDS. **Journal of the International AIDS Society**. 2016 Jan;14(1):54.
- PAVELQUEIRES, S.; SANTOS, I. T. R. Perfil de gestantes atendidas em um hospital público no interior paulista. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 2020; 4: 1-9.
- PEREIRA, A C, et al. "A legalização do aborto: um estudo acerca do seu impacto social." **Anais do Salão de Iniciação Científica Tecnológica**. 2021;1. ISSN-2358-8446.
- SANTOS, T. E. R.; et al. Práticas de enfermagem às mulheres que vivenciaram aborto: revisão integrativa. **Nursing**. São Paulo, v. 24, n. 272, 5198-5209, 2021. Disponível em: <<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1119>>. Acesso em: 26 outubro 2022.
- SILVA, CASTRO, P.M.; THEISEN C.; FREITAS H. M. B.; COLOMÉ J. S. Problemática do aborto em Santa Maria, Rio Grande do Sul: dados epidemiológicos. **Discip Sci, Cienc Saude**. 2014;15(2):249-259.
- SINGH S, WULF D. **An Overview of Clandestine ABortion in Latin America**. 2016.
- SINGH, S.; WULF D. **An overview of clandestine abortion in Latin. America [Internet]. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1996 [cited 2009 Apr 14]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.pdf>.**
- WHO. **Preventing unsafe abortion. World Health Organization** (2020, set 25). (2020). [Página da web]. Recuperado em 26 outubro 2022., de [https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ preventing-unsafe-abortion](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion).