

# Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995

## *Hospitalizations by abortion, 1995 - S. Paulo State, Brazil*

### **Sara Romera Sorrentino**

Endereço para correspondência  
Rua França Pinto, 319/11<sup>A</sup>  
04016-031 São Paulo, SP – Brasil  
E-mail: [sararome@uol.com.br](mailto:sararome@uol.com.br)

### **Maria Lúcia Lebrão**

Departamento de Epidemiologia  
Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo  
Av. Dr. Arnaldo, 715  
01246-904 São Paulo, SP - Brasil

### **Resumo**

Embora o aborto provocado no Brasil seja importante problema de saúde, é difícil conhecer a exata medida de sua ocorrência, em função da ilegalidade dessa prática. Com a disponibilidade das informações sobre as hospitalizações pelo Ministério da Saúde, tornou-se possível conhecer, ainda que de forma incompleta, o quadro dos abortos atendidos na rede hospitalar do SUS. O objetivo do estudo foi conhecer as 53.861 internações com diagnóstico de aborto entre mulheres de 10 a 49 anos na rede hospitalar conveniada com o SUS no Estado de São Paulo no ano de 1995, segundo o tipo do aborto, idade e local de residência. As internações de mulheres em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, em 1995, representaram 37,8% do total das hospitalizações pagas pelo SUS, sendo que dessas 59,6% foram por questões ligadas à gravidez, parto e puerpério, dentre as quais os abortos representam cerca de 10%. Sua distribuição nas regiões da Grande São Paulo e Interior do Estado mostra que é maior a proporção aborto/parto entre as mulheres da Grande São Paulo do que do Interior (127,4 abortos a cada 1.000 partos na Grande São Paulo contra 90,9 no Interior). O tipo de aborto mais freqüente foi o aborto espontâneo (57,4%) e a distribuição por idade mostra uma concentração entre os 20 e 29 anos, além de revelar que cerca de 20% deles ocorreram em adolescentes com menos de 19 anos.

**Palavras-chave:** Aborto. Saúde da mulher. Hospitalizações. Morbidade hospitalar.

## Abstract

Despite the importance of the issue of abortion in Brazil, it is difficult to know the exact extent of the problem owing to the fact that it is an illegal practice. Information about hospitalizations from the Ministry of Health has helped an admittedly incomplete understanding of the situation with regard to abortions carried out in the SUS (*Unified Health System*) hospital network. The objective of the study was to investigate the 53,861 hospitalizations diagnosed as abortion among women from 10 to 49 years of age in hospitals affiliated to SUS in the state of São Paulo in 1995, by type of abortion, age, and place of residence. In 1995, hospitalizations of women of child-bearing age in the state of São Paulo accounted for 37.8% of all hospitalizations paid for by SUS. Of these, 59.6% were caused by problems related to pregnancy, birth and puerperium. In turn, abortions accounted for approximately 10% of these. The distribution in Greater São Paulo and in the interior of São Paulo state shows that the abortion/delivery ratio is higher among women in Greater São Paulo than in the interior of the state (127.4 abortions per 1,000 deliveries in Greater São Paulo, as against 90.9 in the interior). The most common type of abortion was miscarriage (57.4%). Distribution by age shows the highest concentration to be between the ages of 20 and 29, as well as revealing that approximately 20% of all abortions occur among adolescents under 19 years of age.

**Keywords:** Abortion. Women's health. Hospitalization. Hospital morbidity

## Introdução

Um observador desavisado, ao analisar os indicadores demográficos das últimas décadas do Brasil, poderá ser levado a interpretar esse quadro como sugestivo de avanços importantes rumo à conquista pelas mulheres de direitos sexuais e reprodutivos e de avanços no sistema de saúde como um todo. O país apresenta uma queda importante e sistemática de seu crescimento populacional e do número médio de filhos por mulher (6 filhos por mulher na década de 50; 4,5 em 80; 3,5 em 84 e 2,3 em 96), além de alta prevalência do uso de métodos contraceptivos (45,6% das mulheres entre 15 a 49 anos no Nordeste a 69,5% no Sul) mesmo se comparada a países mais avançados<sup>1</sup>. A recente Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde<sup>2</sup> já aponta uma prevalência de 78,8% de uso de algum método anticoncepcional entre mulheres unidas maritalmente no Estado de São Paulo, no ano de 1996.

No entanto, esses dados não têm sido acompanhados por uma estabilidade econômica correspondente, havendo estagnação ou mesmo deterioração dos indicadores de crescimento econômico, com aumento da pobreza e da concentração da renda. O mesmo acontece com os indicadores sociais, particularmente na saúde, marcada sempre por grandes conflitos de interesses que paralisam ou retardam a implantação do Sistema Único de Saúde - (SUS) - e, portanto, de um sistema público de amplo acesso para toda a população.

A existência de uma proposta específica voltada para a saúde da população feminina, elaborada desde 1983, a partir do Ministério da Saúde e consolidada, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - (PAISM)<sup>3</sup>, muito pouco contribuiu para que esse panorama sofresse uma ação mais firme por parte das instâncias gestoras das políticas públicas, no sentido de que as mudanças no padrão de fecundidade da mulher brasileira fossem acompanhadas de melhor qualidade de vida. As ações do PAISM permanecem, após

14 anos, tímidas e escassas e, certamente, não é através delas, ou graças a elas, que se consegue explicar essa brusca mudança dos padrões demográficos brasileiros<sup>4</sup>.

Assim, a queda da fecundidade não vem acompanhada de maior liberdade de escolha de métodos contraceptivos pelas mulheres, o que é demonstrado pelo gradiente restrito de seu uso - 20,7% das mulheres que usam métodos recorrem à pílula e 40,1% à ligadura de trompa<sup>2</sup>; pelo grande número de internações por complicação de aborto e pelas mortes por aborto clandestino.

Igualmente, a queda da fecundidade também não foi acompanhada de mudanças positivas no que se refere à mortalidade feminina por câncer de colo do útero e de mama, ou da queda na prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e outros agravos à saúde ligados à esfera reprodutiva<sup>5</sup>, o que sugere um acesso inadequado a métodos contraceptivos, distante dos espaços da rede de saúde existente. Essa redução também não possibilitou, como seria esperado, uma melhoria na assistência ao parto e ao puerpério. Os indicadores de mortalidade materna e neonatal em São Paulo, por exemplo, permanecem estacionados na última década<sup>6</sup>.

Apesar de o modelo de assistência predominante no país ser organizado com base na doença, na estrutura médico-hospitalar, no pronto atendimento e no faturamento por volume de produção, é possível debruçar-se sobre ele para entender, ou minimamente conhecer, como está o atendimento dessas demandas por saúde da população feminina e quais os impactos da reprodução, como “causadora de doença”, na vida das mulheres.

Esse grande contingente de dados do movimento hospitalar pode trazer vantagens, quando comparado a pequenos estudos amostrais, se o que se busca é visualizar indicadores de qualidade de assistência, através da globalidade das internações.

As hospitalizações ligadas ao período reprodutivo e, principalmente, o parto são, sem dúvida, os grandes demandantes de

toda a rede hospitalar do país. Isto fica demonstrado pelo número de internações de mulheres em idade reprodutiva que representaram 37,8% do total das hospitalizações pagas pelo SUS no Estado de São Paulo, no ano de 1995, enquanto as internações masculinas na mesma faixa etária são apenas 16,5% desse total<sup>7</sup>.

Outra importante demanda feminina que contribui para essas internações é o aborto. É possível pensar que parte das curetagens pós-aborto realizadas na rede hospitalar do Estado possa ser atribuída a complicações de abortos provocados, ou “clandestinos”, ou seja, fruto de gravidezes inoportunas ou indesejadas. Martins e col.<sup>8</sup>, em 1991, encontraram, por exemplo, em pesquisa realizada em sete favelas do Rio de Janeiro, envolvendo 1.783 mulheres, 30% de todas as mulheres entre 15 e 49 anos com história de aborto e 16,9% com história de aborto induzido. Destes últimos, 22,3% chegaram a um serviço de saúde para atendimento de complicações, 14,6% deles com internação<sup>8</sup>.

É sabido que o aborto em nosso país, desde o Código Penal de 1940, é considerado crime, com exceção apenas dos casos de gravidez resultante de estupro ou quando esta representa sério risco de vida para a mãe. Os abortos enquadrados na primeira indicação são, hoje, realizados apenas em alguns serviços especializados e, no segundo caso - risco de vida da mãe - são indicações bastante raras.

No entanto, o estudo das internações por aborto pode trazer informações indiretas mas importantes, acerca das repercussões do exercício da sexualidade para a saúde das mulheres e sobre a dimensão das demandas contraceptivas não atendidas e a clandestinidade do aborto no consumo de assistência hospitalar.

Com esse objetivo, o presente estudo busca conhecer a distribuição das internações femininas de 10 a 49 anos, pagas pelo SUS, no Estado de São Paulo, em 1995, cujo diagnóstico principal tenha sido aborto, segundo o tipo, a idade, a residência e a condição de saída (alta ou óbito).

## Metodologia

A partir do banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) no ano de 1995, foram selecionadas as internações de mulheres de 10 a 49 anos do Estado de São Paulo, cujo diagnóstico principal foi aborto.

Foram ainda selecionadas para análise as seguintes variáveis: duração da internação, tipo de saída, idade, município de residência, município de internação e procedimento realizado.

Os diagnósticos são apresentados na base de dados já codificados pela Classificação Internacional de Doenças - 9a. Revisão<sup>9</sup>. A idade foi analisada em anos completos e agrupada em intervalos de cinco anos. O tempo de internação está calculado em dias e o tipo de saída refere-se a alta ou óbito. Os dados populacionais foram estimados pelo IBGE<sup>7</sup> para o ano.

## Resultados e Discussão

Das 1.001.458 internações pelo SUS, de mulheres de 10 a 49 anos no Estado de São Paulo, no ano de 1995, a maioria - cerca de 60% delas - refere-se a gravidez, parto e puerpério. Os partos respondem por 83,5% destas internações e os abortos estão presentes em cerca de 10% dos casos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, conforme mostra a Tabela 1.

Estes dados confirmam a literatura clássica sobre a ocorrência de interrupção precoce da gravidez, esperada em cerca de 10% das gestações conhecidas<sup>10</sup>. Porém, sua comparabilidade é restrita, na medida em que os números do presente estudo referem-se a casos que chegaram à internação e, na imensa maioria deles (97,3%), a uma curetagem, enquanto essa taxa esperada de 10%, referida na literatura, nem sempre deixa claro o tipo de atendimento prestado, os critérios utilizados para a definição de gestações conhecidas e quais as intervenções realizadas. Vale lembrar que muitos desses estudos foram desenvolvidos em países onde a interrupção voluntária da ges-

tação é permitida. Já em São Paulo, Schor<sup>11</sup> encontrou uma proporção de um aborto para 3,6 partos em 1978 e 1 para 1,8 em 1982, com um crescimento de 14% em 4 anos. Embora se trate de proporção dentro de uma mesma instituição<sup>11</sup>, ela revela dados bem diferentes da proporção de abortos espontâneos esperada.

A ocorrência do aborto entre as internações do SUS pode ser analisada segundo dois tipos de variáveis: diagnóstico principal e procedimento realizado. Usualmente busca-se conhecer o número de abortos ocorridos no Brasil, através do número de curetagens, portanto, de procedimentos. No entanto, o presente estudo mostrou que, das 53.300 internações por "curetagem pós-aborto", 936 tinham diagnósticos diferentes do de aborto. Embora essa discordância entre diagnóstico e procedimento executado tenha ocorrido em uma parcela diminuta (2,8%), a observação dos 936 casos em que isso ocorreu traz alguns elementos de análise que não podem ser desprezados. Entre os diagnósticos diferentes do de aborto, os mais frequentes ou importantes podem ser vistos na Tabela 2.

Pode-se observar que existem diagnósticos de complicações graves, como septicemia e embolia e que também é grande o número de prováveis falhas de preenchimento dos dados ou mesmo de codificação, o que fica demonstrado pela incompatibilidade entre o procedimento e o diagnóstico realizado, como no caso do parto normal e das afecções do período perinatal.

A distribuição dos diagnósticos (Tabela 3) mostra uma grande concentração no grupo dos abortos espontâneos, responsáveis por 57,4% dos casos, seguidos pelo aborto retido e indeterminado. A complicação mais frequentemente assinalada é a hemorragia, presente em 11,6% dos casos de aborto. Chama a atenção a pequena parcela de complicações registradas que não estaria de acordo com a possível gravidade dos casos que exigem a curetagem em regime de internação hospitalar. No entanto, pode-se pensar que, não havendo alternativas para a realização desse procedimento em outro

**Tabela 1** - Número e porcentagem de internações de mulheres de 10 a 49 anos na rede hospitalar do SUS, segundo o diagnóstico, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 1** - Number and percentage of hospitalizations of women aged 10 to 49 years by diagnosis, São Paulo State, Brazil, 1995.

Diagnóstico	Número	%
Complicações da gravidez, parto e puerpério	596.911	59,6
Partos	498.320	49,8
Abortos	<u>53.861</u>	<u>5,4</u>
Outras complic. gravidez, parto, puerpério	44.730	4,5
Outros Diagnósticos	404.547	40,4
<b>Total</b>	<b>1.001.458</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATA-SUS, MS

**Tabela 2** - Número de curetagens realizadas com diagnóstico diferente de aborto em mulheres de 10 a 49 anos na rede hospitalar do SUS, segundo diagnóstico, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 2** - Number of curettages without abortion diagnosis among women aged 10 to 49 years by diagnosis, São Paulo State, Brazil, 1995.

Diagnóstico	Número
Transt. menstruais e hemorrágicos e outras anorm. menstruais	168
Retenção de placenta/membrana	108
Hemorragia do início da gravidez	105
Parto completamente normal	88
Hemorragia pós parto	65
Outros problemas do feto afetando a mãe	40
Infecção puerperal	21
Afecção do período perinatal	10
Anormalidades dos tecidos moles da pelve	9
Septicemia, embolia, broncopneumonia	3
Afecção trato geniturin., complic. proced. médico- cirúrgico	2
Corpo estranho no trato geniturinário	1
<b>Total</b>	<b>620</b>

ambiente que não o hospitalar, sejam encaminhados para aí os casos simples ou sem complicações.

Não se pode abstrair o fato de que o aborto induzido sem indicação legal é considerado crime de ação penal pública, ou seja, não é obrigatório que a própria "vítima" formalize a denúncia. Qualquer pessoa, uma vez tendo conhecimento de sua ocorrência, deve denunciá-lo, sob pena de cumplicidade. Esta situação tem levado a que os profissionais de saúde, habitualmente envolvidos com essa questão em seu trabalho, evitem registrar as informações, uma vez que este

registro, hipoteticamente, caracterizaria uma denúncia ou, o que é mais grave, em alguns casos (felizmente cada vez mais raros) busquem obter verdadeiras "confissões das rés" durante o atendimento. Isto pode explicar, ao menos em parte, por que o "aborto induzido sem indicação legal", atribuível à gravidez indesejada ou inoportuna, apareça em apenas 1,7% dos casos. Uma parcela desconhecida desses abortos induzidos pode estar mascarada nos grupos do aborto retido e do aborto não especificado - que correspondem juntos a 40,0% dos casos - ou até em abortos espontâneos.

**Tabela 3** - Número e porcentagem de internações por aborto na rede hospitalar do SUS, segundo o diagnóstico principal, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 3** - Number and percentage of hospitalizations by abortion by diagnosis, São Paulo State, Brazil, 1995.

Diagnóstico	Número	%
Aborto espontâneo	30.852	57,4
sem complicação	21.287	
com hemorragia	5.973	
Aborto retido	11.057	20,6
Sem menção de complicação	11.055	
Aborto não especificado	10.392	19,3
Sem menção de complicação	9.422	
Aborto induzido sem indicação legal	928	1,7
Sem menção de complicação	840	
Gravidez ectópica	409	0,7
Com hemorragia	194	
Mola, outros produtos anormais da concepção	108	0,2
Complicações do aborto ou gravidez ectópica	64	0,2
Aborto com indicação legal	51	0,1
Tentativa malograda de aborto	4	-
<b>Total</b>	<b>53.861</b>	<b>100%</b>

Fonte: DATA-SUS, MS

**Tabela 4** - Número de abortos por tipo de procedimento, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 4** - Number of abortions by proceedings, São Paulo State, Brazil, 1995.

Procedimentos	Nº
Curetagem pós-aborto	52.583
Diagnóstico de primeiro atendimento clínico	293
Salpingectomia (gravidez ectópica)	204
Hemorragia na gravidez	199
Ameaça de aborto	187
Laparotomia exploradora	127
Curetagem semiótica	101
Sutura de laceração de trajeto pélvico	68
Outras afecções do ap. geniturinário	35
Diagnóstico de primeiro atendimento cirúrgico	34
Rotura prematura de membranas	20
Laparotomia exploradora para histerorrafia	6
Outros (anexite, insuficiência renal aguda e embriotomia)	4
<b>Total</b>	<b>53.861</b>

Fonte: DATA-SUS, MS

A mesma dificuldade de informação parece existir no caso dos abortos induzidos com indicação admitida legalmente, pois dos mais de 53.000 casos de aborto, apenas 51 foram diagnosticados como tal. A situação encontrada em um pequeno município do Estado de São Paulo ilustra esse fato. Com uma população feminina em idade reprodutiva para o ano de 1995, de 5.691 mulheres, esse município apresentou um coeficiente de 2,1 abortos legais para cada 1.000 mulheres residentes, o que denota uma inconsistência dos dados informados, ou um recurso usado pelos profissionais, para atender casos de aborto induzido sem indicação legal, resguardando-se de implicações judiciais futuras. É sabido que, no rigor da lei, a informação da vítima para o profissional é prova suficiente para caracterizar o estupro e indicar a interrupção da gestação, caso a mulher assim o deseje.

O procedimento utilizado em 50 desses abortos legais foi a curetagem e apenas em um deles a salpingectomia. Sete deles apresentaram algum tipo de complicação. Esses dados sugerem que muito provavelmente não havia risco de vida para a mãe e que a indicação mais provável era de interrupção por gravidez decorrente de estupro, o que porém, não pode ser assegurado. Os dois serviços de aborto legal conhecidos e que aparecem neste estudo são o Hospital Municipal do Jabaquara e o CAISM de Campinas, com 17 casos. Os demais foram atendidos em outros hospitais.

A quase totalidade dos abortos (97,2%) foi submetida a curetagem. As outras intervenções realizadas nos demais casos encontram-se descritas na Tabela 4.

Novamente, aqui surgem elementos que contribuem para melhor entender a realidade desses atendimentos hospitalares, como é o caso das laparotomias exploradoras, laparotomias para histerorrafia, além dos quadros infecciosos como anexite e outros, o que evidencia elementos sugestivos de manipulação prévia, provavelmente para indução do aborto.

A distribuição por idade das mulheres

internadas (Tabela 5) mostra que, mesmo excluídas as internações por parto, as idades com maior frequência são as de mulheres jovens entre 20 e 29 anos, o que revela a importante contribuição das demandas da vida reprodutiva para o perfil da morbidade hospitalar entre as mulheres. Estas tiveram 30,1 anos como idade média. Nas internações por aborto, a idade das mulheres é ainda mais baixa, com média de 28,6 anos, moda de 21 anos e mediana de 25 anos.

O significativo contingente de jovens entre 15 e 19 anos internadas com diagnóstico de aborto - 6,5 por 1.000 mulheres nessa faixa etária (Tabela 6) - acima do coeficiente médio para todas as idades férteis (4,9 por 1.000 mulheres), ressalta a importante participação das adolescentes em relação à prática do aborto, que aparece com alguma frequência mesmo entre as menores de 14 anos (537 internações). O mesmo ocorre em relação aos partos, ainda na faixa de 15 a 19 anos, pois esse grupo etário tem, também, um coeficiente de internações por partos maior do que o coeficiente médio para todas as idades. No grupo etário de 10 a 14 anos, embora os coeficientes de internação por partos e abortos sejam muito menores, como era de se esperar, a proporção dos abortos em relação aos partos mostra que ela é maior do que nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 29 anos, sugerindo que, nessa faixa etária, é maior a frequência com que as gravidezes terminam em aborto. A maior probabilidade nas faixas mais adultas pode ser explicada pelos aspectos fisiológicos referidos por Rezende<sup>10</sup> que relata a maior ocorrência de interrupção precoce da gestação nas mulheres acima dos 28 anos. Nas menores de 15 anos, as razões poderiam ser a intencionalidade desses abortos ou a menor capacidade de reter a gravidez. De qualquer maneira, a simples ocorrência desses episódios é extremamente desfavorável a esse contingente de meninas.

No que se refere aos tipos de aborto por idade, com exceção da gravidez ectópica que apresenta evidente deslocamento para idades mais avançadas, os demais grupos de abortos apresentam distribuição bastan-

**Tabela 5** - Número e porcentagem de internações totais de mulheres de 10 a 49 anos (exceto partos) e de abortos, segundo a idade, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 5** - Number and percentage of hospitalizations of women aged 10 to 49 years and abortions by age, São Paulo State, Brazil, 1995.

Idade (anos)	Intern. exceto parto		Intern. por aborto	
	Nº	%	Nº	%
10 a 14	26.500	5,6	537	1,0
15 a 19	60.896	13,0	10.370	19,3
20 a 29	145.533	31,0	27.612	51,3
30 a 39	127.801	27,2	12.924	24,0
40 a 49	109.075	23,2	2.418	4,5
Total	469.805	100,0	53.861	100,0

Fonte: DATA-SUS, MS

**Tabela 6** - Coeficientes de internação por partos e por abortos de mulheres de 10 a 49 anos e proporção de abortos em relação aos partos, segundo a idade, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 6** - Hospitalization and abortions rates and proportion abortion/delivery of women aged 10 to 49 years by age, São Paulo State, Brazil, 1995.

Idade (em anos)	Coeficientes de internações por partos	Coeficientes de internações por abortos	Proporção de abortos/1.000 partos
10 a 14	2,3	0,3	13,8
15 a 19	63,6	6,5	9,9
20 a 29	85,3	8,7	10,5
30 a 39	32,2	4,7	14,4
40 e mais	4,0	1,3	30,0
Total	41,9	4,9	11,4

Fonte: DATA-SUS, MS

**Tabela 7** - Número e porcentagem de internações por aborto, coeficiente de abortos por 1.000 mulheres de 10 a 49 anos e proporção de abortos por 1.000 partos, por região de residência, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 7** - Number and percentage of hospitalizations by abortion, abortions rate (by 1.000 women aged 10 to 49 years) and proportion abortion/delivery by residence, São Paulo State, Brazil, 1995.

Região de residência	Internações por No.	aborto %	Internações por aborto/1.000 mulheres*	Internações por aborto/ 1.000 partos
Grande São Paulo	26.171	48,7	4,8	127,4
Município São Paulo	17.035	31,7	5,0	119,5
Interior	23.325	43,4	4,3	90,9
Ignorado	4.245	7,9	-	-
Total do Estado	53.373	100,0	4,8	107,1

\* mulheres residentes de 10 a 49 anos

Fonte - DATA-SUS, Estimativas IBGE.



**Tabela 8** – Taxas de internação por aborto\*, proporção de internações por abortos\*\* e proporção de internações por abortos dentre as obstétricas\*\*\*, segundo alguns municípios de residência, Estado de São Paulo, 1995.

**Table 8** - Abortion hospitalization rates\*, proportion of abortion hospitalization\*\* and proportion of abortion hospitalization in relation to all obstetric hospitalizations\*\*\* by city of residence, São Paulo State, Brazil, 1995.

Município	Taxas de* internação por aborto	Proporção de internações por abortos**	Proporção de internações por aborto dentre as obstétricas***
São Paulo	5,0	207.5	103,8
Guarulhos	5,2	142.7	93,4
Campinas	2,9	145.5	49,2
Ribeirão Preto	3,7	131.0	65,7
São José dos Campos	4,9	198.9	102,9
Guarujá	9,5	181.7	115,5
Osasco	3,9	225.1	60,1
Santo André	3,2	202.1	42,1
Mauá	7,0	241.6	78,8
Diadema	7,2	299.8	55,7
Subtotal	-	198.7	89,8
<b>Total do Estado</b>	<b>4,8</b>	<b>114.0</b>	<b>82,5</b>

\* por 1.000 mulheres de 10 a 49 anos

\* per 1,000 women aged 10 to 49 years

\*\* por 1.000 internações de mulheres de 10 a 49 anos

\*\* per 1,000 hospitalizations of women 10-49 years age

\*\*\* por 1.000 internações obstétricas

\*\*\* per 1,000 obstetric hospitalizations

Fonte - DATA-SUS, MS; estimativas IBGE.

te semelhante à dos partos.

Apesar das falhas no preenchimento do item “município de residência” nas AIH analisadas (7,9% deles encontravam-se em branco), é possível afirmar que existe uma ligeira concentração de internações por aborto por 1.000 mulheres residentes no Município de São Paulo, discretamente maior do que na Grande São Paulo como um todo. Esta tendência se inverte, quando é analisado o coeficiente de abortos por 1.000 partos do SUS nessas regiões, conforme a Tabela 7. Em outras palavras, na cidade de São Paulo existem mais abortos por habitantes do sexo feminino e menos abortos por partos do SUS do que na Grande São Paulo como um todo. Isto, de certa forma, levanta a hipótese de maior incidência de abortos nesta cidade. Já o Interior apresenta os dois indicadores sempre menores do que a região metropolitana. Tal fato pode

ser devido à maior concentração de mulheres usuárias do SUS na Grande São Paulo do que no Interior, na medida em que se trata de áreas bastante heterogêneas no que se refere à utilização e oferta dos serviços pelo SUS. As diferenças de acesso a serviços, a métodos contraceptivos e a técnicas abortivas clandestinas, certamente podem estar influenciando essas proporções.

A seleção dos dez municípios com maior frequência de internações por aborto, apresentada na Tabela 8 e que totaliza 46,3% das internações do Estado, reforça essa evidência. São cidades que têm sempre um coeficiente de internação por esse diagnóstico maior do que a média do Estado.

Se forem dadas pontuações para esses três coeficientes apresentados na Tabela 8, obter-se-á um gradiente de municípios onde Guarujá e Mauá são os que têm maior número de abortos por internação, por habi-

tantes e por partos realizados e Campinas, o menor número nesses três coeficientes.

Essa distribuição pelo conjunto do Estado sugere, além das diferenças de acesso encontradas pelas mulheres, no que se refere aos serviços oferecidos pelo SUS, diferenças de comportamento também entre as próprias mulheres, uma vez que as razões ligadas à fisiologia e às intercorrências clínicas da gestação não explicam diferenças de 2,9 a 9,5 internações por aborto por 1.000 habitantes, como por exemplo, as apresentadas respectivamente por Campinas e Guarujá. Enquanto uma em cada 345 mulheres teve um aborto atendido pelo SUS em Campinas, no ano de 1995, uma em cada 105 mulheres teve sua gestação terminada em aborto e atendida pelo SUS, no Guarujá. Schor<sup>11</sup>, ao analisar a ocorrência de aborto em hospital da Grande São Paulo, afirma que “o aumento do número de atendimentos por complicações pós-aborto em relação ao número de partos leva-nos a duas hipóteses: piora no atendimento pelos “profissionais do aborto” ou aumento crescente das mulheres que recorrem ao aborto para resolução da gravidez”. É possível que essas duas hipóteses possam ser consideradas também ao se analisarem as diferenças regionais e não só ao longo do tempo.

Foram 147 internações por dia com diagnóstico de aborto no Estado, com média de permanência de 1,7 dias, tendo 94,5% delas durado três dias ou menos e 57,0% um dia ou menos. Os diagnósticos que apresentaram permanência maior que dez dias foram o aborto espontâneo sem menção de complicação, o aborto retido e o aborto não especificado sem menção de complicação. Esse achado parece incompatível com esses diagnósticos, uma vez que o aborto sem complicações não justifica internações tão longas, nem mesmo internações de 24 horas, reforçando o comentário feito anteriormente em relação aos diagnósticos realizados (79,1% deles eram sem complicações).

Nas internações analisadas segundo o diagnóstico de aborto ocorreram 20 óbitos,

um coeficiente de mortalidade hospitalar de 0,4 mortes por 1.000 hospitalizações. O número de óbitos por aborto registrados no Estado de São Paulo, nesse ano, foi de 35<sup>12</sup>, independente de hospitalização ou não. Investigações realizadas pelos Comitês de Vigilância ao Óbito Materno em algumas Direções de Saúde do Estado têm mostrado que esses dados de óbitos maternos, obtidos a partir das AIH, nem sempre existiam como tal nas Declarações de Óbito. Assim, é de se pensar que o SIH-SUS pode ser uma boa fonte indicativa de mortes por causa materna.

Já, quando se analisa apenas o procedimento “curetagem pós-aborto” e não o diagnóstico de aborto, existem 13 óbitos registrados – coeficiente de mortalidade hospitalar de 0,2 por 1.000 internações - o que revela a melhor qualidade da informação obtida pela análise do diagnóstico, em oposição àquelas informações fornecidas pelo número de curetagens, principalmente para se conhecer a mortalidade por causas maternas.

Doze dos óbitos informados pela análise do procedimento de curetagem são os mesmos que aparecem na análise do diagnóstico de aborto. Apenas um deles não se encontra nesse grupo, tendo sido diagnosticado como parto. Os oito restantes não foram casos submetidos a curetagem, mas a outros procedimentos (histerorrafia, salpingectomia, sutura de laceração do trajeto pélvico e curetagem semiótica).

## Conclusões

1. A proporção de abortos em relação a partos no Estado é aproximadamente aquela esperada pela literatura clássica para abortamento espontâneo que é de 10% das gravidezes conhecidas, embora quando se trate de casos internados e submetidos a alguma intervenção, essa porcentagem não seja uniforme nos dados de literatura.
2. A variável procedimento é um bom elemento de análise desse tipo de ocorrência, mas tem melhor aplicação se for uti-

- lizada como coadjuvante do diagnóstico principal constante na AIH, principalmente para a análise da mortalidade.
3. A distribuição por idade apresenta concentração discreta entre as jovens de 15 a 19 anos e bem mais acentuada entre as mulheres acima de 40 anos. Estas últimas apresentam uma distribuição esperada devido à intercorrência de aspectos biológicos interferindo na evolução da gestação, enquanto que entre as mais jovens o componente do aborto induzido e da gravidez indesejada pode explicar a mais alta incidência.
  4. O número de diagnósticos de complicação registrado é relativamente pequeno, o que é reforçado pela baixa média de permanência. No entanto, se considerado o grande número de internações no Estado por essa causa e o fato de, na maioria das vezes, ser este um procedimento realizável em outro tipo de equipamento, esse grande contingente se torna um problema relevante de saúde pública.
  5. O aborto legal é realizado mesmo fora dos serviços destinados oficialmente para esse fim e o número de atendimentos diagnosticados como tal é bastante pequeno.
  6. Há indícios de violência, possivelmente associada ao aborto clandestino e manipulação inadequada anterior, como nos casos de objeto estranho no trato genitorinário, seis laparotomias para histerorráfia, lacerações de trajeto pélvico.
  7. Alguns municípios se destacam pela maior quantidade de abortos na população feminina e no conjunto de internações, notadamente na Baixada Santista e Grande São Paulo, sugerindo um comportamento diferente das mulheres, assim como diferenças de acesso a clínicas clandestinas de aborto, a medicamentos abortivos como o misoprostol e outros, ou seja, uma relação dessas internações com o aborto induzido, associada às diferentes situações socioeconômicas e de desenvolvimento de cada região.

---

## Summary

*Despite the importance of the issue of abortion in Brazil and the significance of the maternal mortality problem, it is difficult to know the exact extent of the problem owing to the fact that it is an illegal practice in the country. Information about hospitalizations from the Ministry of Health has helped an admittedly incomplete understanding of the situation with regard to abortions carried out in the SUS (Unified Health System) hospital network. The objective of study was to investigate the hospitalizations diagnosed as abortion among women from 10 to 49 years of age in hospitals affiliated to SUS in the state of São Paulo in 1995, by type of abortion, age, and place of residence. In 1995, hospitalizations of women of child-bearing age in the state of São Paulo accounted for 37.8% of all hospitalizations paid for by SUS. Of these, 59.6% were caused by problems*

*related to pregnancy, birth and puerperium. In turn, abortions accounted for 53,861 - approximately 10% of these. That is to say, one hospitalization by abortion for each 10 child-births. The distribution in Greater São Paulo and in the interior of São Paulo state shows that the abortion/delivery ratio is higher among women in Great São Paulo than in the interior of the state (127.4 abortions per 1,000 deliveries in Greater São Paulo, as against 90.9 in the interior). The most common type of abortion was miscarriage (57.4%). Distribution by age shows the highest concentration to be between the ages of 20 and 29, as well as revealing that approximately 20% of all abortions occur among adolescents under 19 years of age. Among the 53,861 internations diagnosed as abortion, happened 20 deaths. A coefficient of mortality of 0.4 per 1,000 hospitalizations.*

---

## Referências

1. Berquó E. Cairo-94 e o Confronto Norte-Sul. *Novos Estud CEBRAP* 1993; (37): 7-19.
2. [BEMFAM] Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde, 1996: relatório preliminar*. Macro International; 1996. p. 9-13.
3. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): bases de ação programática: textos básicos*. Brasília; 1985.
4. Sorrentino S, Araújo MJ, Berquó E. *Fecundidade, saúde reprodutiva e pobreza na América Latina: o caso brasileiro*. São Paulo; 1994. v.1, p. 33-5.
5. Tanaka ACA. Perfil de saúde da mulher brasileira. [Trabalho preparado para o Seminário "Educação, Cultura e Saúde"; 1994 jun 13-5; Porto Alegre.
6. Comitê Estadual de Vigilância do Óbito Materno. *A mortalidade materna declarada no Estado de São Paulo de 1995 a 1997*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 1998.
7. DATASUS. *População residente - São Paulo*. Fonte - IBGE - Censo Demográfico e Estimativas [on line]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. [1997 out 23].
8. Martins I, Costa SH et al. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cad Saúde Pública* 1991; 7: 251-66.
9. Organização Mundial da Saúde. *Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos*. 9ª revisão 1975. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1978.
10. Rezende J. *Obstetrícia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 557-69.
11. Schor N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1990; 24: 144-51.
12. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia-Estatísticas de mortalidade, Brasil, 1995. Brasília; 1998.