

INTERNAÇÕES E CUSTOS HOSPITALARES POR ABORTO ESPONTÂNEO NA BAHIA, BRASIL

Hospitalizations and hospital costs for spontaneous abortion in Bahia, Brazil

Internaciones y costes hospitalarios por aborto espontáneo en Bahia, Brasil

Edison Vítório de Souza Júnior¹, Gabriel Aguiar Nunes², Mariana Alves Soledade de Jesus³, Diego Pires Cruz⁴, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery⁵, Eduardo Nagib Boery⁶

Como citar este artigo:

Souza Jr. EV, Nunes GA, Jesus MAS, Cruz DP, Boery RNSO, Boery EN. Internações e custos hospitalares por aborto espontâneo na Bahia, Brasil. 2020 jan/dez; 12:767-773. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7156>.

RESUMO

Objetivo: Descrever os casos de internações e custos hospitalares por aborto espontâneo no estado da Bahia, Brasil no período de 2011 a 2016. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo e transversal baseado no banco de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As variáveis coletadas foram: faixa etária, raça/cor e custos hospitalares. **Resultados:** Foram registrados 53.761 casos de internações. A maior prevalência ocorreu na macrorregião leste (n=21.925), com faixa etária entre 20 e 24 anos (n=11.944) e cor/raça parda (n=30.319). Os custos hospitalares foram de R\$ 6.497.904,99 reais, sendo que o ano de 2012 e a macrorregião Leste geraram maior ônus ao estado. **Conclusão:** Evidenciou-se grande prevalência de internações na Bahia. A análise desse quadro retoma a necessidade de conceder atenção especial à problemática, principalmente nos grupos prioritários da macrorregião leste do estado.

Descritores: Epidemiologia, Hospitalização, Saúde da mulher, Aborto espontâneo, Custos de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the cases of hospitalizations and hospital costs for spontaneous abortion in the state of Bahia, Brazil, in the period from 2011 to 2016. **Methods:** Epidemiological, cross-sectional and descriptive study based on secondary data from the

1 Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil. Email: edison.vitorio@gmail.com

2 Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil. Email: aguiar.gbn@gmail.com

3 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil. Email: marianasoledade09@gmail.com

4 Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. Email: diego_pcruz@hotmail.com

5 Enfermeira. Pós-doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. Email: rboery@gmail.com

6 Enfermeiro. Doutor. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil. Email: eduardoboery@gmail.com

Information Technology Department of the Unified Health System. The variables collected were: age groups, race and hospital costs. **Results:** It has registered 53.761 cases of hospitalizations. The greatest prevalence occurred in the east macro region (n=21.925), aged between 20 and 24 years old (n=11.943) and color/race brown (n=30.317). The hospital costs were 6.497.904,99 reais, and the year 2012 and the east macro region generated the greatest cost to the state. **Conclusion:** The study highlighted great prevalence of hospitalizations in *Bahia*. The analysis of that situation shows the need to give special attention to the problematic, mainly on the priority groups from east macro region of the state.

Descriptors: Epidemiology, Hospitalization, Women's health, Spontaneous abortion.

RESUMÉN

Objetivo: Describir los casos de internaciones y costes hospitalarios por aborto espontáneo en el estado de la Bahía, Brasil, en el período 2011-2016. **Método:** Estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, utilizando los datos obtenidos en lo Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Las variables recolectadas fueron: grupo de edad, raza y costes hospitalarios. **Resultados:** Se han registrados 53.761 casos de internaciones. La mayor prevalencia ocurrió en la macrorregión leste (n=21.925), grupo etario entre 20 y 24 años (n=11.944) y color/raza parda (n=30.319). Los costes hospitalarios fueron 6.497.904,99 reales, siendo que el año 2012 y la macrorregión leste han generado un mayor coste para el estado. **Conclusión:** Se evidenció gran prevalencia de internaciones en la Bahía. El análisis de este marco revela la necesidad de prestar una especial atención a la problemática principalmente en los grupos prioritarios del macrorregión leste del estado.

Descriptor: Epidemiología, Hospitalización, Salud de la Mujer, Aborto espontáneo.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aborto é definido como a expulsão voluntária ou não de um conceito até a vigésima semana de gestação com o produto conceptual pesando menos de 500g.¹ Por ser umas das frequentes intercorrências durante a gestação, o aborto se estabelece mundialmente como um importante problema de saúde pública,² sendo que cerca de 97% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, em que o abortamento é ilegal.³

No Brasil, o aborto constitui-se uma das quatro principais causas de morte materna, evidenciando alta taxa de mortalidade de acordo com padrões internacionais.⁴ O aborto espontâneo (AE) é caracterizado quando a expulsão do conceito acontece sem ação deliberada⁵ e acomete cerca de 10 a 15% das gestações^{6,7} principalmente durante as 13 primeiras semanas de gestação.⁸

A etiologia do AE é heterogênea e multifatorial. Dentre as principais causas destacam-se os fatores genéticos em até 50% dos casos (alterações cromossômicas e monogênicas no conceito); anatômicos (anomalias uterina, cervical e/ou placentar); imunológicos; endócrinos; ambientais (tabagismo, etilismo, infecções, dentre outros) e comorbidades.^{8,9}

Embora o AE aconteça de maneira involuntária, ele não é isento de riscos. Algumas complicações como hemorragia,

processos infecciosos, ruptura da continuidade uterina, laceração do colo uterino, esterilidade, sentimento de culpa ansiedade e depressão podem se desenvolver na mulher, podendo evoluir, portanto, para o óbito.⁹

Diante disso, o levantamento epidemiológico do AE é essencial para a disseminação de seu comportamento e seus impactos financeiros na saúde pública brasileira, a fim gerar novas hipóteses para a remodelação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher. Com isso, o objetivo desse estudo é descrever os casos de internações e os custos hospitalares por AE no estado da Bahia, Brasil no período de 2011 a 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de cunho epidemiológico construído através de dados das internações e custos hospitalares por AE notificados no estado da Bahia, Brasil, no período de 2011 a 2016.

A Bahia é um dos estados brasileiros constituída por 417 municípios¹⁰ e 9 macrorregiões de saúde: Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul. De acordo com o levantamento populacional recente realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹¹ a Bahia possui densidade demográfica de 24,82 hab/km² e população estimada em 15.344.447 habitantes que residem em uma área territorial de 564.732,45 km².

Os dados foram localizados e coletados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para a localização, levou-se em consideração os casos que estão classificados no capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério (O00-O99) da 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10),¹² abrangendo a subcategoria gravidez que termina em aborto (O03.0 a O03.9). Para delinear a coleta, foram consideradas as seguintes variáveis: faixa etária, raça/cor e custos hospitalares notificados no período de 01 de Janeiro de 2011 a 31 de Dezembro de 2016.

A coleta e tabulação dos dados ocorreram no mês de Julho de 2017. A tabulação e a análise descritiva foram realizadas utilizando o programa Microsoft Office Excel (Microsoft®, 2010). Por se tratar de um estudo epidemiológico cujos dados são de fonte secundária e de domínio público, não houve necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Ao verificar o número de internações hospitalares por macrorregião e período, destaca-se maior morbidade no ano de 2012 (n=12.472) e durante o sexênio, a macrorregião leste apresenta o maior percentual de internações (40,78%), conforme tabela 1.

Tabela 1 - Internações por aborto espontâneo distribuídas por ano de atendimento e macrorregião de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2016.

VARIÁVEIS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL	%
Internações								
Centro-Leste	36	1.914	1.634	1.525	1.342	1.418	7.869	14,64
Centro-Norte	4	272	98	89	102	137	702	1,31
Extremo Sul	18	236	184	156	182	176	952	1,77
Leste	137	5.380	4.586	4.561	3.847	3.414	21.925	40,78
Nordeste	75	598	755	591	445	278	2.742	5,10
Norte	30	1.218	1.093	1.084	1.099	1.065	5.589	10,40
Oeste	32	668	701	829	777	774	3.781	7,03
Sudoeste	104	1.130	1.110	1.236	1.115	850	5.545	10,31
Sul	134	1.056	792	815	968	891	4.656	8,66
Total	570	12.472	10.953	10.886	9.877	9.003	53.761	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A média de permanência estratificada por dias na unidade hospitalar está descrita na tabela 2, em que observa-se intervalo entre 1,1 – 4,9 dias.

Tabela 2 - Média de permanência na unidade hospitalar por aborto espontâneo distribuídas por ano de atendimento e macrorregião de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2016.

VARIÁVEIS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Média de permanência							
Centro-Leste	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,8
Centro-Norte	2,5	1,6	1,4	1,6	1,7	2,9	1,9
Extremo Sul	1,3	1,3	1,6	1,4	1,7	1,8	1,5
Leste	2,3	1,9	2,1	1,9	2	2	2
Nordeste	4,9	1,8	1,7	1,6	1,6	2	1,8
Norte	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6
Oeste	2,4	1,7	1,7	2	1,8	1,9	1,9
Sudoeste	1,1	1,5	1,5	1,4	1,5	1,7	1,5
Sul	1,8	1,5	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5
Total	2,2	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	1,8

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em relação a faixa etária, observa-se que o intervalo entre 20 a 24 anos lidera com 11.944 internações, correspondendo a 22,22% do total, conforme tabela 3. Vale ressaltar a significativa ocorrência de abortos entre menores de 14 anos e com idade igual ou superior a 80 anos.

Tabela 3 - Internações por aborto espontâneo distribuídas por faixa etária e macrorregião de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2016.

Idade (anos)	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Total	%
1 a 4	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2	0,00
10 a 14	118	15	24	339	53	112	48	81	87	877	1,63
15 a 19	1.280	153	178	3.047	472	1.098	705	857	856	8.646	16,08
20 a 24	1.733	156	258	4.686	553	1.335	863	1.224	1.136	11.944	22,22
25 a 29	1.684	156	214	4.956	580	1.220	825	1.264	1.007	11.906	22,15
30 a 34	1.484	113	140	4.576	524	903	691	1.054	873	10.358	19,27
35 a 39	1.028	69	96	3.019	369	617	445	671	471	6.785	12,62
40 a 44	473	31	30	1.138	170	272	187	341	201	2.843	5,29

Idade (anos)	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Total	%
45 a 49	66	9	10	150	18	31	14	46	24	368	0,68
50 a 54	1	-	1	11	2	1	2	4	1	23	0,04
55 a 59	-	-	1	2	-	-	1	2	-	6	0,01
60 a 64	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,00
65 a 69	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0,00
≥80	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,00
Total	7.869	702	952	21.925	2.742	5.589	3.781	5.545	4.656	53.761	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Nota: - = Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento

Quanto a variável raça/cor representada na tabela 4, houve predominância da raça parda com 30.319 casos, representando um percentual de 56,40%. Em seguida, destaca-se a variável sem informação com 20.201 internações. Tal variável pode ser interpretada devido à subnotificação ou a não adequação da autodeclaração às opções apresentadas nas fichas de preenchimento.

Tabela 4 - Internações por aborto espontâneo distribuídas por raça/cor. Bahia, Brasil, 2011-2016.

Cor/raça	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Branca	16	564	335	326	285	248	1.774	3,30
Preta	10	289	206	199	193	168	1.065	1,98
Parda	240	6.018	5.902	6.345	6.032	5.782	30.319	56,40
Amarela	-	17	24	58	123	176	398	0,74
Indígena	-	-	1	1	1	1	4	0,01
Sem informação	304	5.584	4.485	3.957	3.243	2.628	20.201	37,58
Total	570	12.472	10.953	10.886	9.877	9.003	53.761	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Nota: - = Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento

A tabela 5 apresenta os custos hospitalares em reais (R\$) de acordo com as macrorregiões e período estudado. Nota-se que as internações por AE provoca grande impacto financeiro ao sistema de saúde brasileiro. Durante o sexênio, o Sistema Único de Saúde Brasileiro gastou um total de 6.497.904,99 reais em internações por AE.

Tabela 5 - Custos hospitalares por aborto espontâneo distribuídos por ano de atendimento e macrorregião de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2016.

VARIÁVEIS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL (R\$)	%
Custos								
C. Leste	4.076,73	226.760,44	195.196,57	181.235,51	161.878,66	177.100,20	946.248,11	14,56
C. Norte	502,02	33.453,08	11.104,49	9.985,41	11.398,53	15.827,75	82.271,28	1,27
Extr. Sul	2.022,18	26.333,16	21.742,19	17.985,52	21.949,71	21.467,25	111.500,01	1,72
Leste	17.446,07	641.689,77	559.233,29	541.511,93	484.824,69	430.608,55	2.675.314,30	41,17
Nordeste	8.239,15	67.440,31	87.729,48	67.836,88	50.692,80	31.297,03	313.235,65	4,82
Norte	3.334,05	145.726,91	131.198,52	129.207,14	136.390,80	130.009,52	675.866,94	10,40
Oeste	3.867,66	76.619,03	80.866,68	96.397,20	93.750,54	107.329,76	458.830,87	7,06
Sudoeste	11.999,31	136.614,15	135.673,96	153.326,05	145.027,51	106.455,86	689.096,84	10,60
Sul	17.111,66	122.311,43	91.478,64	95.550,49	111.697,22	107.391,55	545.540,99	8,40
Total	68.598,83	1.476.948,28	1.314.223,82	1.293.036,13	1.217.610,46	1.127.487,47	6.497.904,99	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No que concerne ao valor médio individual de internação, observa-se na tabela 6, variações de R\$180,27 e R\$212,75. Durante o período estudado, a macrorregião sudoeste se destaca apresentando a maior média de gastos.

Tabela 6 - Valor médio de internação por aborto espontâneo distribuídos por ano de atendimento e macrorregião de saúde. Bahia, Brasil, 2011-2016.

VARIÁVEIS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL (R\$)
Valor médio/ internações							
Centro-Leste	183,97	189,83	191,01	190,2	192,27	197,77	191,97
Centro-Norte	195,92	194,18	183,11	181,35	181,85	185,85	187,6
Extremo Sul	182,75	180,8	189,29	183,89	190,27	193,5	187,14
Leste	200,07	190,42	193,29	189,87	198,78	198,73	193,73
Nordeste	180,27	183,21	186,61	184,89	184,58	183,58	184,69
Norte	181,67	190,4	190,91	190,09	195,54	193,21	191,94
Oeste	191,64	185,31	186,18	186,36	191,29	212,75	192,59
Sudoeste	185,83	191,4	192,66	194,66	202,13	195,36	195,04
Sul	198,11	186,4	185,99	187,74	185,33	191,04	187,57
Total	191,37	189,36	191,04	189,63	195,04	197,28	192,15

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

DISCUSSÃO

O estudo visa colaborar para a compressão da temática e suas repercussões, bem como auxiliar no delineamento de ações, as quais atuem na prevenção aos aspectos que estimulam o AE e promovam a assistência às pacientes. Além disso, busca verificar o quadro do perfil epidemiológico da localidade no que tange ao acometimento da perda do conceito, contribuindo para a associação de dados e aprofundamento de pesquisas científicas acerca do assunto.

Ao que se referem aos resultados obtidos, constatou-se predomínio da descontinuidade da gravidez por AE na macrorregião Leste da Bahia (tabela 1), correspondendo a 40,78% (n= 21.925), fato que demonstra a necessidade do enfoque de medidas de auxílio às gestantes por meio da gestão pública na região. No entanto, ainda são encontradas barreiras para a mensuração fidedigna da problemática do AE, posto que, devido à mesclagem ocorrida com outras formas de aborto, verifica-se indistinção entre muitos casos.¹³

Dentre os fatores motivadores para esse contexto, cogita-se à baixa adesão ao acompanhamento pré-natal, já que é atribuída a este, quando realizado inadequadamente, influência sobre os índices de complicações e até mesmo morte fetal e/ou materna.¹⁴ De tal maneira, a assistência ao binômio mãe-filho configura-se como uma importante ação, a qual visa à atenuação a agravamentos de saúde de ambos, bem como precaução a problemas no desenvolvimento do feto, prematuridade ou perda do conceito¹⁵, assumindo, assim, papel indispensável durante a gestação.

Todavia, são evidenciadas em estudos, ainda, possíveis causas atreladas ao meio socioeconômico da gestante, tal como a contaminação prévia com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).⁹ Dentre essas, o frequente índice de diversas infecções, faixa etária materna, doenças com caráter autoimune, hábitos de vida e consumo demasiado de entorpecentes são fortemente associados à perda fetal.¹⁶

Desse modo, a qualidade de vida e saúde da genitora reflete diretamente na condição fetal e da gestação, podendo contribuir para suscetibilidade ao AE.

Apesar disso, a grande variedade causal para o fenômeno abortivo ainda deixa lacunas para a elucidação da problemática, de modo que metade dos casos não tem identificada claramente a sua etiologia durante o diagnóstico.⁵ Destarte, torna-se de suma importância o aprofundamento de estudos para melhor análise do panorama regional, assim como o incentivo a práticas de vida saudáveis, a frequente consulta ao médico e prevenção a patologias, minimizando, principalmente, a probabilidade de complicações e vulnerabilidade à morbimortalidade da gestante e do embrião.

Quando postas em evidência variáveis como o período de internamento motivado pelo AE, são encontrados dados (tabela 2) que corroboram para a afirmação da predominância dos casos na macrorregião Leste. No entanto, é perceptível a existência de variações de estadia entre 1,5 a 4,9 dias de hospitalização, sendo resultado da necessidade de averiguação do quadro de saúde da paciente e remoção de restos do aborto. Em conformidade a isto, a curetagem uterina consiste em um dos métodos mais usuais,¹³ apesar de existirem demais formas de intervenções cirúrgicas, clínicas, ou observacionais.¹⁷

No que se refere às hospitalizações no estratificadas por faixa etária, foi identificada a supremacia das ocorrências de aborto no intervalo de 20 a 24 anos, denotando 22,22% dos registros (11.944), conforme tabela 3. Esta situação promove a investigação de características femininas em comum, das quais se correlacionam ao período gestacional e interferem na vida do embrião. Nesse sentido, e sob o aspecto da fertilidade, é amplamente divulgado na literatura que a faixa etária feminina mais produtiva se encontra no intervalo de 15 a 49 anos de modo geral, e na população brasileira, a partir dos 10 anos de idade.¹⁸

Por conseguinte, ao ser relacionado essa informação ao início da prática sexual em torno de 14,8 anos de idade¹⁹ e das alterações fisiológicas causadas pela menopausa com início entre 40 e 55 anos,²⁰ observa-se o cenário propício para maior incidência de gravidez e propensão a quadros de AE. Sendo assim, é visível que os aspectos orgânicos femininos colaboram para aumento no número de casos das perdas fetais na fase da juventude quando tida exposição aos fatores de viabilização do aborto.

Entretanto, é notável, ainda, parcela expressiva de AE entre 40 e 44 anos, conforme tabela 3. Este acontecimento pode se relacionar às complicações geradas devido gravidez tardia, as quais são acarretadas de riscos gestacionais motivados pelo envelhecimento sistêmico e maior frequência de acometimento patológico de acordo ao avançar da idade.²¹ Desse modo, tem-se a ampliação da probabilidade de AE em mulheres acima de 35 anos, assim como de danos ao embrião, alterações morfofisiológicas e genéticas, além do óbito fetal e materno.²²

Por outro lado, quando investigada a contingência de internações distinguidas pela identificação racial, é despertada atenção para o fato da concentração significativa dos registros de pessoas pardas, sucedido pela categoria não informada, correspondendo a 56,34% (n=30.319) e 37,58% (n=20.201), respectivamente, conforme tabela 4. Como motivação para essa circunstância, sugere-se que o resultado encontrado sofra influência da composição étnico-racial da Bahia, visto que dentre sua diversidade populacional, o estado contabilizou 30,13% (4.222.717 mulheres) da população do sexo feminino autodeclarada parda no último Censo Demográfico Brasileiro, datado de 2010.²³

Além disso, também é somada a este episódio a subjetividade da catalogação racial realizada em censos demográficos, os quais contribuem para a identificação das características da população. Por essa vertente, tem-se o contexto da existência de brechas na indexação de informações verídicas, ocasionados, por exemplo, pelas modificações nos parâmetros de coleta e análise dos dados no decorrer dos anos, bem como a aparição da categoria cor/raça parda como resultante da intermediação entre as raças preta e branca, promovendo, assim, dificuldades na autodeclaração racial.²⁴

Consoante a isto, faz-se valer, ainda, a representativa interferência da predisposição ao evento do AE interlaçada a questões raciais. Desse modo, é notável que o acometimento do aborto ocorra de forma mais assídua em mulheres que apresentem cor/raça diferentes da branca, dentre outras características.²⁵ Sendo assim, pode-se cogitar que as características fenotípicas e hereditárias da gestante atuem em conformidade com os elementos que favorecem ao desencadeamento de fenômenos abortivos.

Quanto ao valor onerado nas hospitalizações por aborto, é observada carência e desatualização de estudos designados ao AE. À vista disso, a realidade da escassez de pesquisas sobre as despesas geradas, deriva, muitas vezes, das múltiplas características contempladas em cada caso, suas repercussões

e particularidade de cada paciente, dificultando a análise de custo.²⁶ Logo, a interpretação dos dados se baseia na identificação das necessidades existentes de maneira geral, a qual é necessário emprego de verba.

No entanto, considerando-se os efeitos provenientes das perdas fetais, supõe-se que o alto custo computado seja estabelecido em decorrência da utilização de procedimentos para controle, prevenção e tratamento às afecções presentes na paciente, posto que o AE culmina em situação de vulnerabilidade à mulher.²⁷ Além disso, a grande demanda de internações, agregadas à verificação de complicações no quadro, promove a elevação da quantia final⁴ utilizada pelo sistema de saúde, conjuntura representada nos dados expressos nos resultados do estudo (Tabela 5).

Ademais, concernindo com esses achados, é visto, ainda, a prevalência do valor médio em âmbito hospitalar, a qual aponta média de custos individuais no intervalo de R\$180,27 e R\$212,75 (Tabela 6). Consequentemente, essas alternâncias nas despesas podem ser explicadas pelas distinções observadas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a qual engloba os serviços hospitalares e profissionais, dispondo seus respectivos valores.²⁸ Sendo assim, as taxas expressam como resultado o aporte técnico-hospitalar empregado na assistência ao paciente, de acordo a indispensabilidade e conveniência.

CONCLUSÃO

Frente a este estudo, evidenciou-se a grande prevalência de internações por AE ao longo da extensão da Bahia entre 2011 e 2016 (n=53.761), e a macrorregião leste teve maior número de internações (n= 21.925). Houve predominância de pessoas com faixa etária entre 20 a 24 anos (n=11.944) e autodeclarados pardos (n=30.319). Quanto ao impacto financeiro, o AE gerou ônus superior a 6 milhões de reais com valor médio de internação de 192,15 reais e a média de permanência na unidade hospitalar foi 1,8 dias.

A análise desse quadro retoma a necessidade de conceder atenção à problemática, principalmente na macrorregião leste do estado, tornando possível o conhecimento das complicações enfrentadas ao longo da gravidez e, consequentemente, os danos causados à condição de saúde gestacional, visto que, o aborto, em sua totalidade, prejudica as condições de vida da mulher.

Devido ao caráter desse estudo, destaca-se uma limitação referente a fonte dos dados coletados, uma vez que, podem conter subnotificações, e portanto, a inconsistência dos registros. Dessa forma, não é possível realizar a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, author. The prevention and management of unsafe abortion. Geneva: WHO Press; 1992.
2. Araújo AKL, Silva Júnior FJG, Araujo Filho ACA, Nery IS, Monteiro CFS. Perfil de mulheres que vivenciaram complicações decorrentes do aborto: evidências da literatura científica brasileira. R. Interd [internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 15]; 9(1):224-33. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/491/pdf_301

3. Machado CJ, Lobato ACL, Melo VH, Guimarães MDC. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999 2000: um estudo de fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(1):18-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415790X2013000100002>
4. McCallum C, Menezes G; Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos*. 2016;23(1):37-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>
5. Silva MM, Lopes MM, Barril N. Abortamento espontâneo de repetição: importância de apoio psicológico. *Rev Cuid [internet]*. 2013 [acesso em 2017 nov 15]; 7(1):60-6. Disponível em: http://fundacaopadrealbino.org.br/facipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v7_n1_jan_jun_2013.pdf
6. Anjos KF, Santos VC, Souza R, Eugênio BG. Aborto no Brasil: a busca por direitos. *Revista Saúde e Pesquisa [internet]*. 2013 [acesso em 2017 set 15]; 6(1): 141-52. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2698/18624>
7. Taucher SC, Soto AMF, Millanao AP, Rebaza ER. Estudio cromosômico en abortos espontáneos. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2014; 79(1): 40-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100007>
8. Mora-Alferez AP, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, Zigelboim EK et al. Anomalias cromosômicas en abortos espontáneos. *Rev. peru. ginecol. obstet*. [Internet]. 2016 [acesso em 2017 out 04]; 62(2): 141-51. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002&lng=es
9. Mattos SB, Ceretta LB, Soratto MT. Causas relacionadas ao aborto espontâneo: uma revisão de literatura. *RIES [internet]*. 2016 [acesso em 2017 set 15]; 5(2):176-93. Disponível em: <http://www.periodicosuniarp.com.br/ries/article/view/839/545>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Bahia [internet] 2017. [acesso em 2017 set 14] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 [internet]. 2017 [acesso em 2017 set 14] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão. São Paulo: CBCD/EDUSP; 1995.
13. Ribeiro CL, Albuquerque FO, Souza AR. Internações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza. *Enferm. Foco*. 2017; 8(1): 37-41. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.5844>
14. Cruz RSBL, Caminha MFC, Batista Filho M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. *R bras ci Saúde*. 2014; 18(1): 87-94. DOI: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.01.144>
15. Martins MFSV. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Rev. bras. enferm*. 2014; 67(6): 1008-1012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>
16. Barbaresco AA, Costa TL, Avelar JB, Rodrigues IMX, Amaral WN, Castro AM. Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em *Toxoplasma gondii*. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet [internet]*. 2014 [acesso em 2017 jan 2018]; 36(1): 17-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00017.pdf>
17. Saciloto MP, Konopka CK, Campos Velho MT, Jobim FC, Resener EV, Muradás RR, Nicolau PK. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. *Rev. Bras. Ginecol*. 2011 out; 33(10): 292-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000004>
18. Martins VA, Costa HA, Batista RFL, Rodrigues LS, Costa LC, Silva RNV et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil de 2002 a 2011 em São Luís, Maranhão. *Rev Pesq Saúde [internet]*. 2014 [acesso em 2018 jan 13]; 15(1): 235-239. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3056/4085>
19. Kobayashi C, Reis AS. Início da atividade sexual de mulheres jovens: questionando sua satisfação e preferências. *Bol. Psicol. [internet]*. 2015 [acesso em 2018 jan 13]; 65(143): 123-30. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000200002
20. Ferreira ICC, Silva SS, Almeida RS. Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicológicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. *Ensaio Ciênc., Ciênc. Biol. Agrar. Saúde [Internet]*. 2015 [acesso em 2018 jan 13]; 19(2):60-4. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26042168003>
21. Bem TVDM, Sampaio TS, Monteiro DLM, Barmpas DBS. Complicações fetais em gestações tardias. *Revista HUPE*. 2014; 13(3):11-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2014.12123>
22. Bezerra ACL, Mesquita JS, Brito MCC, Santos RB, Teixeira FV. Desafios Enfrentados por Mulheres Primigestas em Idade Avançada. *R bras ci Saúde*. 2015; 19(2): 163-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.02.12>
23. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade [Internet]. 2010 [acesso em 2018 jan 16] Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>
24. Anjos G. A questão “cor” ou “raça” nos censos nacionais. *Indic. Econ. FEE [Internet]*. 2013 [acesso em 2018 jan 16]; 41(1): 103-18. Disponível em: <https://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/2934/3163>
25. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Rev. Bioét*. 2013; 21(3): 494-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300014>
26. Ferraz RRN, Neri ASC, Barbosa EC, Silva MVC. Implantação de estratégia de rateio para identificação do custo em clínica multidisciplinar. *Einstein (São Paulo) [Internet]*. 2017; 15(2): 206-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017gs3759>
27. Ferreira DL, Pires VATN. Perfil de morbidade e mortalidade de mulheres em idade fértil na área de abrangência da microrregião de saúde de Ipatinga. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste [internet]*. 2013 [acesso em 2018 jan 03]; 6(1): 1119-32. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v6/09-perfil-de-morbidade-e-mortalidade-de-mulheres-em-idade-fertil-na-area-de-pf>
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação Geral de Sistemas de Informação. SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema. Editora do Ministério da Saúde. 2014 [acesso em 2018 jan 17]; Disponível em: ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_janeiro_2015.pdf

Recebido em: 25/01/2018

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 02/07/2018

Publicado em: 18/06/2020

Autor correspondente

Edison Vitorio de Souza Júnior

Endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho

Jequié/BA, Brasil

CEP: 45206-190.

E-mail: edison.vitorio@gmail.com

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.