

Tendência temporal das taxas de hospitalização por aborto no Brasil, 2012 e 2023

Temporal trend of abortion hospitalization rates in Brazil, 2012 and 2023

Tendencia temporal de las tasas de hospitalización por aborto en Brasil, 2012 y 2023

Letícia Furlan de Lima Prates

letticia-lima@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1376-4619>

Lays Silva de Azevedo

 <https://orcid.org/0000-0003-2881-0737>

Maria Luiza Melo da Silva

 <https://orcid.org/0000-0001-7921-9635>

Suellen Castiglioni Tasca

 <https://orcid.org/0009-0000-9726-1183>

Emiliana Cristina Melo

 <https://orcid.org/0000-0003-1013-4574>

Rosana Rosseto de Oliveira

 <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

Revista de Pesquisa Cuidado é
Fundamental Online vol. 18 14789 2026

Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro
Brasil

Recepción: 16 Marzo 2026
Aprobación: 25 Abril 2026

Resumo: Objetivo: analisar a tendência das taxas de hospitalização por aborto no Brasil, entre 2012 e 2023. **Metodologia:** estudo ecológico de série temporal que analisou as taxas de hospitalização por aborto, estratificadas em aborto espontâneo, outras gravidezes que terminam em aborto e aborto por razões médicas, entre mulheres de 10 a 49 anos. **Resultados:** foram analisadas 2.331.348 hospitalizações, com taxa média de 305,6 por 100 mil mulheres. Observou-se tendência geral de queda, com decréscimo médio anual de 6,0 ($r^2=0,92$; $p<0,001$). As maiores taxas médias ocorreram nas regiões Norte (380,6) e Nordeste (355,2), enquanto o Sudeste apresentou a menor (269,6). Mato Grosso foi o único estado com tendência crescente, com aumento médio anual de 7,6 ($r^2=0,96$; $p<0,001$). As taxas de aborto espontâneo reduziram-se de 167,7 para 106,2, enquanto os abortos por razões médicas aumentaram em todas as regiões. **Conclusão:** houve redução geral das hospitalizações por aborto no período, embora persistam desigualdades regionais.

Palavras-chave: Aborto, Hospitalização, Saúde da mulher, Saúde pública, Estudos de séries temporais.

Abstract: Objective: to analyze the trend of hospitalization rates for abortion in Brazil between 2012 and 2023. **Methodology:** an ecological time-series study that analyzed hospitalization rates for abortion, stratified into spontaneous abortion, other pregnancies ending in abortion, and abortion for medical reasons, among women aged 10 to 49 years. **Results:** 2,331,348 hospitalizations were analyzed, with an average rate of 305.6 per 100,000 women. A general downward trend was observed, with an average annual decrease of 6.0 ($r^2=0.92$; $p<0.001$). The highest average rates occurred in the North (380.6) and Northeast (355.2) regions, while

the Southeast presented the lowest (269.6). Mato Grosso was the only state with an increasing trend, with an average annual increase of 7.6 ($r^2=0.96$; $p<0.001$). Miscarriage rates decreased from 167.7 to 106.2, while abortions for medical reasons increased in all regions. **Conclusion:** there was an overall reduction in hospitalizations for abortion during the period, although regional inequalities persist.

Keywords: Abortion, Hospitalization, Women's health, Public health, Time series studies.

Resumen: Objetivo: analizar la tendencia de las tasas de hospitalización por aborto en Brasil entre 2012 y 2023. **Metodología:** estudio ecológico de series temporales que analizó las tasas de hospitalización por aborto, estratificadas en aborto espontáneo, otros embarazos que terminan en aborto y aborto por razones médicas, entre mujeres de 10 a 49 años. **Resultados:** se analizaron 2.331.348 hospitalizaciones, con una tasa promedio de 305,6 por 100.000 mujeres. Se observó una tendencia general descendente, con una disminución anual promedio de 6,0 ($r^2=0,92$; $p<0,001$). Las tasas promedio más altas se presentaron en las regiones Norte (380,6) y Noreste (355,2), mientras que el Sudeste presentó la más baja (269,6). Mato Grosso fue el único estado con una tendencia creciente, con un aumento anual promedio de 7,6 ($r^2=0,96$; $p<0,001$). Las tasas de aborto espontáneo disminuyeron de 167,7 a 106,2, mientras que los abortos por razones médicas aumentaron en todas las regiones. **Conclusión:** se observó una reducción general en las hospitalizaciones por aborto durante el período, aunque persisten las desigualdades regionales.

Palabras clave: Aborto, Hospitalización, Salud de la mujer, Salud pública, Estudios de series temporales.

INTRODUÇÃO

O aborto continua a ser um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. Estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 73,3 milhões de abortos induzidos no mundo, sendo 61% deles resultado de gestações não planejadas.¹ Além disso, aproximadamente 15% das gestações resultam em aborto espontâneo, totalizando 23 milhões de casos por ano, com média de 44 perdas gestacionais por minuto.²

No Brasil, a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2021 estima a realização de cerca de 800 mil abortos provocados anualmente, com mais de 200 mil mulheres buscando o Sistema Único de Saúde (SUS) devido a complicações de procedimentos inseguros.³ Esse cenário demonstra o impacto do abortamento sobre a demanda por serviços de saúde no sistema público.

Apesar do elevado número de casos, a legislação brasileira é uma das mais restritivas do mundo, sendo o procedimento permitido em casos de risco à vida materna, anencefalia fetal ou gravidez decorrente de violência sexual.⁴ A situação é agravada pelo acesso limitado a contraceptivos eficazes e pela ausência de educação sexual consistente, fatores que favorecem gestações não planejadas, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade.⁵

O aborto inseguro causa problemas físicos graves, como hemorragias, infecções (com potencial de evoluir para sepse) e perfuração uterina.⁶ Tais complicações frequentemente resultam em internações hospitalares e podem levar ao óbito, configurando o aborto inseguro como uma das causas de mortalidade materna evitável.⁶

Além do risco físico, a perda gestacional implica maior risco de problemas psicológicos para as mulheres, exigindo acesso a ferramentas de triagem e opções de tratamento em saúde mental. Tais impactos demandam acompanhamento contínuo no SUS, incluindo suporte psicológico, psiquiátrico e internações, o que sobrecarrega o sistema de saúde.²

Embora a literatura aponte a magnitude e os impactos do aborto, ainda são limitados os estudos que analisam, de forma abrangente, a tendência temporal das hospitalizações por aborto no Brasil, especialmente considerando suas diferentes categorias e sua evolução ao longo dos anos. Essa lacuna reduz a compreensão da evolução das hospitalizações por aborto e dificulta o planejamento de ações de saúde baseadas em evidências.

Nesse contexto, torna-se necessário analisar a evolução desse indicador ao longo do tempo, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas e da organização da rede de atenção à saúde da mulher. Assim, o presente estudo tem como objetivo investigar a

tendência das taxas de hospitalização por aborto no Brasil, no período de 2012 e 2023.

MÉTODO

Estudo ecológico de série temporal que analisou as taxas de hospitalização por aborto, em mulheres de 10 a 49 anos no Brasil, no período de 2012 e 2023.

Os registros de internações hospitalares financiadas pelo SUS são realizados por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que, além de sua função administrativa, atua como base de dados para o monitoramento de diagnósticos e procedimentos, incluindo abortos, a partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).⁷

Os dados foram extraídos do SIH disponível na plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Trata-se de um estudo com dados secundários de domínio público, caracterizando um censo das internações registradas no período, sem processo de amostragem. O estudo incluiu todas as hospitalizações por aborto registradas entre 2012 e 2023, sem exclusão de localidades.

A variável dependente foi a taxa de hospitalização por aborto, calculada por 100 mil mulheres. As variáveis independentes consideradas foram estado, região e tipo de aborto. As internações foram identificadas por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), utilizando os códigos O03 (aborto espontâneo), O04 (aborto por razões médicas) e O00–O02, O05–O08 (outras gravidezes que terminaram em aborto). As estimativas populacionais femininas utilizadas como denominador foram obtidas a partir de dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A coleta de dados foi realizada entre outubro e novembro de 2023.

As tendências temporais foram avaliadas por meio de regressão polinomial, utilizando taxas anuais como variável dependente e ano como variável independente.

Os critérios para classificação da tendência foram: Crescimento: coeficiente angular (β_1) positivo e p-valor $<0,05$; Decréscimo: coeficiente angular (β_1) negativo e p-valor $<0,05$; Estabilidade: p-valor $>0,05$, independentemente do sinal de β .

A seleção do melhor ajuste do modelo também se baseou na análise do diagrama de dispersão, no coeficiente de determinação (r^2) e na avaliação dos resíduos, considerando a hipótese de homoscedasticidade. Adotou-se, adicionalmente o princípio da parcimônia.

As variações geográficas foram representadas por meio de mapas coropléticos, com intervalos definidos a partir das taxas mínima e máxima observadas entre os estados.

As regressões polinomiais foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20, enquanto as análises

espaciais foram executadas com o *software Quantum Geographic Information System* (QGIS) versão 3.8.0.

Após a coleta, os registros foram organizados, limpos e tabulados em planilhas eletrônicas e, em seguida, importados para os softwares utilizados nas análises estatísticas e espaciais.

Por se tratar de estudo que utilizou exclusivamente dados secundários, agregados e de domínio público, sem identificação dos indivíduos, a pesquisa foi dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.⁸

RESULTADOS

Foram analisadas 2.331.348 hospitalizações por aborto registradas no SIH no período de 2012 e 2023 no Brasil. A taxa média foi de 305,6 internações por 100 mil mulheres de 10 a 49 anos. Em 2012, a taxa era de 328,0 internações por 100 mil mulheres, caindo para 252,7 em 2023 (Figura 1). A Região Norte apresentou as maiores taxas durante todo o período, com redução de 426,5 para 312,3. (Figura 1).



Figura 1

Taxas de hospitalização por aborto por 100 mil mulheres em idade fértil, segundo regiões, Brasil, 2012 e 2023

Elaborado pelas autoras (2024).

A regressão polinomial indicou tendência de queda nas taxas gerais, com redução média de 6,0 ao ano ($r^2=0,92$, p-valor $<0,001$). As maiores médias regionais foram observadas no Norte (380,6) e Nordeste (355,2), e a menor no Sudeste (269,6). Entre os estados, apenas o Mato Grosso apresentou tendência crescente, com aumento médio de 7,6 ao ano ($r^2 = 0,96$, p-valor $<0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1

Tendência, incremento ($\beta 1$), coeficiente de determinação (r^2) e p-valor das taxas de hospitalização por aborto, segundo estado e região de residência, Brasil, 2012 e 2023

	Taxa média	$\beta 1$	r^2	p-valor	Tendência
Brasil	305,6	-6,0	0,92	<0,001	Decrescente
Norte	380,6	-5,1	0,74	0,001	Decrescente
Rondônia	363,1	-2,2	0,44	0,035	Decrescente
Acre	504,1	-12,5	0,92	<0,001	Decrescente
Amazonas	368,2	6,0	0,26	0,128	Constante
Roraima	647,8	-29,0	0,83	<0,001	Decrescente
Para	342,3	-4,3	0,85	<0,001	Decrescente
Amapá	565,0	-29,9	0,9	<0,001	Decrescente
Tocantins	378,4	-18,4	0,92	<0,001	Decrescente
Nordeste	355,2	-7,0	0,9	<0,001	Decrescente
Maranhão	353,3	-5,0	0,74	0,001	Decrescente
Piauí	369,7	-1,2	0,12	0,328	Constante
Ceará	350,8	-4,4	0,74	0,001	Decrescente
Rio Grande do Norte	371,7	-2,7	0,88	<0,001	Decrescente
Pernambuco	321,6	-8,3	0,97	<0,001	Decrescente
Alagoas	320,3	-5,2	0,74	0,001	Decrescente
Sergipe	367,5	-17,8	0,98	<0,001	Decrescente
Bahia	386,7	-9,9	0,97	<0,001	Decrescente
Sudeste	269,6	-7,9	0,97	<0,001	Decrescente
Minas Gerais	281,6	-7,3	0,96	<0,001	Decrescente
Espirito Santo	256,0	-6,2	0,99	<0,001	Decrescente
Rio de Janeiro	294,2	-10,8	0,92	<0,001	Decrescente
São Paulo	255,9	-7,2	0,91	<0,001	Decrescente
Sul	276,2	-1,6	0,28	0,118	Constante
Paraná	279,5	-1,4	0,09	0,410	Constante
Santa Catarina	314,6	0,0	0,00	0,999	Constante
Rio Grande do Sul	247,8	-3,0	0,91	<0,001	Decrescente
Centro-Oeste	280,2	-2,4	0,86	<0,001	Decrescente
Mato Grosso do Sul	302,1	-1,2	0,32	0,900	Constante
Mato Grosso	324,1	7,6	0,96	<0,001	Crescente
Goiás	238,9	-5,3	0,91	<0,001	Decrescente
Distrito Federal	304,7	-7,5	0,92	<0,001	Decrescente

Elaborado pelas autoras (2024).

As taxas variaram por tipo de aborto, sendo maiores nos casos de aborto espontâneo, seguidos pelas outras gravidezes que terminaram em aborto e, por último, pelos abortos por razões médicas (Figura 2).

O aborto por razões médicas aumentou de 2,6 internações em 2012 para 4,6 em 2023, com maior crescimento no Centro-Oeste (de 0,6 para 4,7). A partir de 2020, o Sudeste passou a registrar as maiores taxas, alcançando 5,1 em 2023 (Figura 2A).

Outras gravidezes que terminaram em aborto apresentaram queda discreta nas internações (de 156,3 para 155,2). Houve aumento nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto o Sudeste registrou queda (de 161,8 para 132,2) (Figura 2B).

O aborto espontâneo apresentou queda de 167,7 para 106,2 internações, com destaque para a região Norte, que caiu de 260,7 para 135,3. As maiores taxas permaneceram concentradas nas regiões Norte e Nordeste (Figura 2C).



Figura 2

Taxas de hospitalização por aborto, segundo tipos de aborto e regiões. Brasil, 2012 e 2023

Elaborado pelas autoras (2024).

Especialmente, Piauí e Rio de Janeiro apresentaram as maiores taxas de abortos por razões médicas, com 19,9 e 5,3, respectivamente (Figura 3A).

Nas outras gravidezes que terminaram em aborto, a taxa média nacional foi de 160,5, sendo o Acre o estado com maior valor (330,4) (Figura 3B).

A taxa nacional de aborto espontâneo foi de 143,1. A Região Norte apresentou os maiores valores, com Roraima e Amapá registrando as maiores taxas, 429,2 e 451,8, respectivamente (Figura 3C).



Figura 3

Taxas médias de hospitalização por aborto, segundo tipo de aborto. Brasil, 2012 e 2023

Elaborado pelas autoras (2024).

Em relação aos valores de β_1 , que medem a variação anual das taxas por tipo de aborto, os abortos por razões médicas mostraram um aumento médio de 0,1 por ano ($r^2 = 0,84$). Amazonas (0,5) e Roraima (0,9) tiveram os maiores crescimentos, enquanto o Piauí registrou queda de 2,7 ao ano (Figura 4A).

Outras gravidezes que terminaram em aborto mostraram redução média de 0,6 ao ano ($r^2 = 0,51$). Roraima foi exceção, com aumento médio de 48,6, enquanto Tocantins (-9,8), Maranhão (-9,1) e Rio de Janeiro (-8,5) tiveram as maiores quedas (Figura 4B).

O aborto espontâneo apresentou redução média anual de 5,2 ao ano ($r^2 = 0,95$). Piauí e Mato Grosso mostraram aumentos, de 3,2 e 2,8 ao ano, respectivamente. No Maranhão, a tendência não foi significativa, devido à elevada variação das taxas ao longo do período (Figura 4C).



Figura 4

Valores de β_1 (aumento ou redução média das taxas no período), segundo tipo de aborto. Brasil, 2012 e 2023

Elaborado pelas autoras (2024).

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou redução nas taxas de hospitalização por aborto no Brasil ao longo do período analisado, mantendo-se, contudo, importantes desigualdades regionais. Esse padrão sugere mudanças progressivas na organização da assistência reprodutiva e na dinâmica do cuidado obstétrico, ao mesmo tempo em que revela a persistência de iniquidades estruturais no acesso aos serviços de saúde. Enquanto o aumento dos abortos por razões médicas pode indicar maior acesso ao aborto legal, outras categorias permaneceram estáveis ou em declínio. Essas variações indicam que a evolução das taxas não ocorre de forma homogênea, refletindo diferenças regionais na disponibilidade de serviços, na capacidade diagnóstica e nas condições socioeconômicas.

Desde os anos 1990, países desenvolvidos têm visto uma queda acentuada nos registros de aborto, enquanto regiões em desenvolvimento apresentam diminuições mais lentas.⁹ Esse padrão é compatível com os achados deste estudo, indicando que, embora haja redução no Brasil, ela ocorre de forma distinta.

Estudos nacionais anteriores já demonstraram tendência de redução nas internações por aborto, tanto no período de 2000 a 2010 quanto entre 2008 e 2018.^{10,11} Esses resultados indicam que a redução das hospitalizações por aborto vem ocorrendo ao longo de diferentes períodos, e não se trata de um comportamento recente.

As regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores taxas, o que pode ser explicado por desigualdades estruturais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Dados nacionais indicam que essas regiões apresentam piores indicadores em múltiplas dimensões da saúde, incluindo atenção primária, recursos assistenciais e desfechos de morbimortalidade.¹²

A associação entre maiores taxas de hospitalização por aborto e contextos de vulnerabilidade social é amplamente descrita na literatura. Fatores como baixa escolaridade, menor renda e acesso limitado à informação e aos serviços de saúde podem influenciar diretamente a saúde reprodutiva das mulheres.^{12,13,22,28}

Por outro lado, a menor taxa observada na região Sudeste pode estar relacionada à maior disponibilidade de serviços de saúde e melhor estrutura assistencial, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.^{12,13} Adicionalmente, a maior cobertura de planos

de saúde nessa região pode contribuir para a realização de procedimentos no setor privado, não captados pelo SIH, resultando em subestimação das taxas.¹³

O aumento dos abortos por razões médicas, embora ainda representem a menor proporção, pode refletir avanços no acesso ao aborto legal no Brasil, com ampliação de serviços habilitados e maior qualificação da assistência.^{14,15} Nesse sentido, as internações registradas podem funcionar como um indicador indireto da disponibilidade desse tipo de cuidado no SUS.

Apesar disso, o Brasil mantém legislação restritiva quando comparado a outros países, como Moçambique, África do Sul, Argentina, Colômbia, Camboja, Singapura, Espanha e Irlanda, onde a interrupção da gestação é permitida em diferentes contextos.^{4,16} Essa limitação normativa restringe o acesso aos serviços e dificulta comparações internacionais.^{4,16}

Diferenças regionais específicas também foram observadas. O aumento nas taxas de abortos por razões médicas no Centro-Oeste pode estar relacionado à consolidação de serviços de referência, o que pode ter ampliado o acesso ao procedimento dentro das normas legais.¹⁷

Na região Norte, variações nas taxas podem refletir tanto limitações históricas de acesso quanto melhorias pontuais na vigilância e na assistência, especialmente em contextos emergenciais, como a epidemia do vírus Zika.¹⁸ Embora não haja evidências de uma relação causal direta entre a epidemia e o aumento do número de abortos, é plausível considerar que o contexto emergencial tenha influenciado, ainda que indiretamente, a elevação nos registros oficiais.

Em relação à distribuição espacial, Roraima evidencia a complexidade do fenômeno. Altas taxas de violência sexual, especialmente entre meninas e adolescentes, associadas à elevada fecundidade precoce, configuram um contexto de maior vulnerabilidade social.^{19,20} Considerando que a legislação brasileira permite o aborto em casos de estupro, esses fatores podem influenciar os padrões observados.²¹

Além disso, a gravidez precoce está associada a maior risco de complicações obstétricas, incluindo aborto espontâneo, hemorragias e infecções, reforçando a necessidade de políticas públicas direcionadas a esse grupo etário.^{22,23} A presença desses eventos em populações jovens indica a importância de estratégias de prevenção e acompanhamento precoce no âmbito da atenção primária.

No Piauí, o comportamento das hospitalizações por aborto por razões médicas ao longo do tempo sugere um padrão de redução progressiva, mesmo diante de taxas historicamente mais elevadas. Estudo conduzido entre 2000 e 2010 já havia identificado dinâmica

semelhante, caracterizada por crescimento inicial seguido de declínio nas internações por aborto induzido, indicando que esse comportamento já vinha sendo observado em períodos anteriores.²⁴ A escassez de investigações recentes sobre o tema, contudo, dificulta a análise de mudanças estruturais na assistência e evidencia a importância de monitoramento contínuo desse indicador em nível regional.

Em relação a outras gravidezes que evoluíram para aborto, embora tenham apresentado redução, a persistência de altas médias no Acre revela fragilidades persistentes na assistência à saúde. A correlação entre esses índices e a elevada mortalidade materna no estado sinaliza que as complicações gestacionais e o aborto inseguro podem ser estar associados aos desfechos fatais.²⁵

Dados do período de 2015 a 2019, no mesmo estado, indicam que as internações de adolescentes por outras gravidezes que terminam em aborto foram recorrentes, o que é compatível com os achados deste estudo, visto que a faixa etária analisada coincide com esse perfil populacional.²⁶

Uma possível explicação para a redução das internações nesse tipo de aborto é o uso crescente do Misoprostol no manejo clínico do abortamento. A adoção de protocolos farmacológicos, em substituição a procedimentos cirúrgicos, pode reduzir a necessidade de hospitalização em determinados casos. Dessa forma, a maior utilização desse medicamento pode estar associada à diminuição das internações, refletindo mudanças nas práticas assistenciais e no cuidado prestado às mulheres.¹⁷ Além disso, a ampliação do acesso a métodos contraceptivos no âmbito da Atenção Primária à saúde também pode contribuir para a redução de gestações não planejadas, influenciando indiretamente as taxas de aborto.⁵

Entre os estados, Mato Grosso foi o único a apresentar tendência crescente nas internações por aborto, especialmente nos casos relacionados à gestação ectópica, mola hidatiforme, anomalias na concepção, aborto não especificado, falhas em tentativas de aborto e complicações associadas. Esses eventos representam risco significativo para a mortalidade materna. Um estudo conduzido entre 2014 e 2023, apontou que Mato Grosso e Mato Grosso do Sul apresentam taxas elevadas de óbitos por abortamento.²⁶

Apesar da queda geral, algumas regiões ainda apresentam taxas mais altas, mas com tendência de redução, possivelmente relacionada à ampliação do acesso ao ensino e à melhoria dos serviços de saúde. A expansão da cobertura do pré-natal, o fortalecimento da atenção básica e a qualificação da assistência obstétrica favorecem o diagnóstico precoce e contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado prestado às gestantes.¹⁰

Os abortos espontâneos resultam de múltiplos fatores. Parte da redução observada pode estar associada ao aprimoramento dos sistemas de registro do SUS, sugerindo que o número de internações está em queda. Contudo, é importante ressaltar que a redução refere-se às internações registradas, não a totalidade dos casos.¹⁵

Abortos espontâneos são frequentes, especialmente no início da gestação, com causas variadas como fatores genéticos, malformações fetais e condições maternas pré-existentes, como alterações anatômicas, infecções e o uso de substâncias como álcool, tabaco e cocaína.²⁶ Entre os determinantes não biológicos, destacam-se baixa escolaridade e renda insuficiente que podem interferir diretamente nas condições de saúde reprodutiva, ampliando o risco de complicações.²⁷

Embora este estudo não permita avaliar fatores individuais, a literatura científica já estabelece sólida associação entre essas condições e a ocorrência de abortos espontâneos.²⁷

A regressão polinomial mostrou que Norte e Nordeste registraram as maiores taxas de abortos espontâneos. Esses achados dialogam com a literatura que aponta fatores sociodemográficos como determinantes importantes para o risco de abortamento não induzido, entre eles, idade materna avançada (acima de 35 anos), baixa escolaridade, renda reduzida, multiparidade e menarca precoce.²⁷ Esses fatores são mais prevalentes em contextos de vulnerabilidade social. Dados do IBGE reforçam essa disparidade: em 2020, o índice de analfabetismo entre pessoas com mais de 15 anos foi de 12,9% no Nordeste e 7% no Norte, contrastando com apenas 3% nas regiões Sudeste e Sul.²⁸

Os estados do Piauí e Mato Grosso apresentaram tendência crescente nas taxas de aborto espontâneo. Essa realidade reflete as desigualdades estruturais que ainda persistem no Brasil, onde o acesso a bens e serviços de saúde não é distribuído equitativamente.²⁹ Nesses locais, a cobertura e a qualidade da atenção básica podem ser insuficientes, levando muitas gestantes a iniciar o pré-natal tardiamente ou a receber um acompanhamento inadequado. Essas falhas no cuidado aumentam o risco de desfechos negativos, incluindo o aborto espontâneo.²⁷

Este estudo apresenta limitações importantes, inerentes ao uso de dados secundários, os quais podem estar sujeitos a subnotificação e inconsistências de registro. Além disso, a base analisada contempla exclusivamente internações financiadas pelo SUS, não incluindo atendimentos realizados na rede privada, o que pode resultar em subestimação do evento em determinados contextos. Adicionalmente, o delineamento ecológico restringe a análise a padrões populacionais, não permitindo inferências causais em nível individual.

Ainda assim, os achados permitem compreender a dinâmica temporal das hospitalizações por aborto no país e evidenciam desigualdades regionais relevantes, contribuindo para o monitoramento epidemiológico e para o planejamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à saúde da mulher.

CONCLUSÃO

O estudo identificou redução progressiva nas taxas de hospitalização por aborto no Brasil entre 2012 e 2023, mantendo-se diferenças regionais expressivas na distribuição do evento.

Observou-se incremento nas internações por aborto por razões médicas, padrão que pode refletir mudanças na organização dos serviços e na oferta de cuidados relacionados ao aborto previsto em lei, enquanto as demais categorias apresentaram estabilidade ou tendência de declínio.

Esses resultados indicam a necessidade de fortalecer as ações em saúde reprodutiva, com atenção especial às desigualdades regionais e à qualificação da assistência prestada às mulheres em situação de abortamento.

Como limitação, destaca-se que a interpretação dos achados deve considerar a abrangência da base de dados utilizada e as características do delineamento ecológico.

O estudo contribui para o acompanhamento epidemiológico do abortamento no país e reforça a importância de investigações futuras que explorem fatores contextuais e assistenciais associados às variações observadas nas taxas de hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing unsafe abortion. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 15];397(10285). Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).
3. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National abortion survey – Brazil, 2021. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 18];28(6):e1601. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.06062023>.
4. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 54. [Internet]. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal; 2012 [acesso em 18 de setembro 2025]. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianticiastf/anexo/adpf54.pdf>.
5. Araújo FG, Abreu MNS, Felisbino-Mendes MS. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2023 [acesso em 18 de setembro 2025];39(8):e00229322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT229322>.
6. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: WHO; 2023.
7. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informações hospitalares do SUS. [Internet]. Brasília, DF: DATASUS [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Proced_hosp_loc_int_2008.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 25 de abril 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 18];388(10041). Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4).

10. Uliana MD, Marin DFD, Silva MBD, Giugliani C, Iser BPM. Internações por aborto no Brasil, 2008–2018: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiol Serv Saude*. [Internet]. 2022 [acesso em 9 de julho 2025];31(1):e2021342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100003>.
11. Conceição SB. Perfil epidemiológico das internações por aborto no Brasil: análise do período 2000 a 2010. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
12. Brasil. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Norte e Nordeste apresentam piores índices do sistema de saúde, segundo pesquisa do IEPS. [Internet]. São Paulo: IEPS; 2022 [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível em: <https://ieps.org.br/norte-e-nordeste-apresentam-piores-indices-do-sistema-de-saude-segundo-pesquisa-do-ieps>.
13. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Damacena GN, Stopa SR, Vieira MLFP, Almeida WS, et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde 2013 e 2019. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2021 [acesso em 19 de setembro 2025];26(Supl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>.
14. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015 [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2313/1/atencao_humanizada_pessoas_situacao_violencia_sexual.pdf.
15. Cardoso BB, Vieira FMDSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2020 [acesso em 19 de setembro 2025];36(Supl 1):e00188718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188718>.
16. Maia MN, Pinto LW. O papel da atenção primária à saúde no acesso ao aborto previsto em lei: experiências internacionais. *Rev Bras Saude Matern Infant*. [Internet]. 2024 [acesso em 18 de setembro 2025];24:e20230286. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000286>.
17. Davanzo L. HMIB oferece programa de interrupção gestacional prevista em lei. [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2021 [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/hmib-oferece-programa-de-interruptcao-gestacional-prevista-em-lei>.
18. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad Saude*

- Publica. [Internet]. 2021 [acesso em 18 de setembro 2025];37(12):e00085321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085321>.
19. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 18º anuário brasileiro de segurança pública. [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2024 [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>.
 20. Alves S, Semente M. Para cada criança com acesso ao aborto legal, 31 dão à luz em Roraima. [Internet]. Gênero e Número; 2023 [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/roraima-fecundidade-meninas/>.
 21. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940: código penal. Diário Oficial da União. 1940 dezembro 31.
 22. Melo I, Martins W. Gravidez na adolescência: vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre jovens. Res Soc Dev. [Internet]. 2022 [acesso em 18 de setembro 2025];11(9):e31952. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31952>.
 23. Santos CN, Rocha KES, Souza MJM, Silva CSM, Mendonça ESC. Atenção humanizada às mulheres, adolescentes, jovens em situação de abortamento e acesso ao aborto legal. Saude Debate. [Internet]. 2019 [acesso em 24 de julho 2025];43(123). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912312>.
 24. Madeiro A, Rufino AC, Santos IS, Carvalho MS. Estimativas e tendências de aborto provocado no Piauí: um estudo ecológico no período de 2000–2010. Rev Bras Promoc Saude. [Internet]. 2015 [acesso em 9 de julho 2025];28(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p168>.
 25. França JVS, Pinheiro KB, Reis MJS, Costa RSLD. Mortalidade materna no estado do Acre no período compreendido entre 2016 e 2021. Rev Foco. [Internet]. 2024 [acesso em 9 de julho 2025];17(3):e4430. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n3-430>.
 26. Assis M, Santos L, Barros R, Lages S. Padrões espaciais da mortalidade materna por abortamento no Brasil (2014–2023). Rev Contemp. [Internet]. 2024 [acesso em 9 de julho 2025];4(5):e4474. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-4474>.
 27. Oliveira O, Marques M, Souza S, Oliveira O. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. Rev Bras Saude Matern Infant. [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 18];20(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200002>.
 28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD educação 2019: mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio. [Internet]. [acesso em 9 de julho 2025]. Disponível

em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>.

29. Camargo A. As desigualdades regionais e o federalismo assimétrico. *Ciência & Trópico*. [Internet]. 2020 [acesso em 25 de abril 2026];44(2). Disponível em: [https://doi.org/10.33148/cetropicov44n2\(2020\)art4](https://doi.org/10.33148/cetropicov44n2(2020)art4).

Notas de autor

leticia-lima@hotmail.com

Información adicional

redalyc-journal-id: 5057

PREVIEW VERSION



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505783104088>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Leticia Furlan de Lima Prates, Lays Silva de Azevedo,
Maria Luiza Melo da Silva, Suellen Castiglioni Tasca,
Emiliana Cristina Melo, Rosana Rosseto de Oliveira

**Tendência temporal das taxas de hospitalização por
aborto no Brasil, 2012 e 2023**

Temporal trend of abortion hospitalization rates in Brazil, 2012
and 2023

Tendencia temporal de las tasas de hospitalización por aborto en
Brasil, 2012 y 2023

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online
vol. 18, 14789, 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
rpcfo@unirio.br

ISSN-E: 2175-5361

DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14789>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional.**