



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS DE MULHERES QUE
REALIZARAM ABORTO PREVISTO EM LEI EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE
DO SUL**

MAURA CAROLINA BELOMÉ DA SILVA

Orientadora: Prof^a Dra. Camila Giugliani
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, maio 2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS DE MULHERES QUE
REALIZARAM ABORTO PREVISTO EM LEI EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE
DO SUL**

MAURA CAROLINA BELOMÉ DA SILVA

Orientadora: Prof^a Dra. Camila Giugliani

Co-orientadora: Prof^a Dra. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Maura Carolina Belomé da
ANÁLISE DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS DE MULHERES
QUE REALIZARAM ABORTO PREVISTO EM LEI EM PORTO ALEGRE,
RIO GRANDE DO SUL / Maura Carolina Belomé da Silva. --
2020.

67 f.

Orientadora: Camila Giugliani.

Coorientadora: Daniela Riva Knauth.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Aborto legal. 2. Registros. 3. Classificação
Internacional de Doenças. I. Giugliani, Camila,
orient. II. Knauth, Daniela Riva, coorient. III.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Camilla Alexsandra Schneck, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Sandra Cristina Poerner Scalco, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Faculdade de Medicina, Universidade do Vale do Taquari.

DEDICATÓRIA

A todas que vieram antes de nós.
Em especial, às mulheres de minha família.

AGRADECIMENTOS

Minha imensa gratidão à: Camila Giugliani, Daniela Knauth, Cauê Costa, Tânia Belomé, Ângela Ruschel, Gregório Patuzzi, às colegas da Seção de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde e às equipes dos hospitais: Nossa Senhora da Conceição, Clínicas do Porto Alegre, e Presidente Vargas.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT	10
1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Epidemiologia e saúde pública	16
3.2 Bases de dados e fontes qualificadas	17
3.3 Saúde das mulheres em uma perspectiva histórico-social.....	22
3.4 Epidemiologia crítica e o entendimento para além dos dados	26
4. OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo geral	28
4.2 Objetivos específicos.....	28
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
6 ARTIGO.....	34
7 NOTA TÉCNICA 001	52
7.1 Considerações Iniciais.....	52
7.2 Introdução	53
7.3 A importância dos registros	53
7.4 Orientação prática	54
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
ANEXO A - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	59
ANEXO B – Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar	63
ANEXO C – Formulário de coleta de dados individual	64
ANEXO D - Formulário para coleta de dados <i>Linkage</i>	67

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH - Autorização para Internação Hospitalar
AMIU - Aspiração Manual Intrauterina
BPA - Boletim de Produção Ambulatorial
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CID – Código Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
IC – Intervalo de Confiança
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MC – Média Complexidade
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Da Mulher
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RP – Razão de Prevalência
SAS/MS - Secretaria de Atenção À Saúde do Ministério da Saúde
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação Sobre Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O aborto legal no Brasil é um direito pouco garantido devido a múltiplas barreiras de acesso. A dificuldade em obter-se registros confiáveis e de fácil acesso, que subsidiem ações de monitoramento e avaliação pertinentes a essa temática, é outra questão preocupante relacionada à organização do sistema de saúde. Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar os registros de atendimentos a mulheres que realizaram aborto legal no município de Porto Alegre no período de 2013 a 2018. Para isso, os prontuários de todos os casos de aborto previsto em lei realizados nos quatro serviços de referência foram avaliados *in loco*. A seguir, os dados obtidos foram cruzados com o banco do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). A razão de prevalência foi obtida por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. Foram identificados, nos prontuários, 236 casos de aborto legal, dos quais 95 estavam registrados no SIH. Os casos cujos prontuários tinham o CID O04 (aborto por razões médicas) identificado em seus registros internos tiveram uma prevalência 3,02 (IC: 1.83 - 4.98) vezes maior de constarem no SIH do que aqueles identificados com outro CID ($p < 0,001$). Houve também diferença significativa ($p < 0,001$) quando comparada a razão de prevalência entre os serviços, demonstrando que o número de registros de aborto legal no SIH alterava significativamente dependendo do hospital. Com os resultados encontrados, é possível observar que os registros são realizados sem um padrão único. Esse fato dificulta a obtenção de informações fidedignas na base de dados nacionais do SUS, aumentando a invisibilidade do aborto legal nas práticas cotidianas de avaliação e gestão. A partir dos resultados encontrados, também foi proposta uma nota técnica, com objetivo de construir um instrumento de acesso rápido e fácil que orientasse os profissionais a preencherem o CID O04 nos prontuários e registros internos nos casos de abortos previstos em lei.

Palavras-chave: aborto legal, registros, Classificação Internacional de Doenças, sistemas de informação.

ABSTRACT

Legal abortion in Brazil is a poorly guaranteed right due to multiple access barriers. The challenge in obtaining reliable and easily accessible records that support monitoring and evaluation actions is another concerning issue related to the organization of the health system. Thus, this study aimed to evaluate the records related to the care provided to women who had legal abortions in the city of Porto Alegre from 2013 to 2018. For this, the records of all legal abortions performed at four reference services were evaluated *in loco*. These data were then cross-checked with the Hospital Information System (SIH) database. The prevalence ratio was obtained through Poisson Regression with robust variance. The number of cases of legal abortions identified on the medical records was 236, of which 95 were registered in SIH. The medical records that were registered with International Classification of Diseases (ICD) O04 (medical abortion) had a prevalence 3.02 (CI: 1.83 - 4.98) times higher of being registered also on the SIH compared to those identified with another ICD ($p < 0.001$). There was also a significant difference ($p < 0.001$) when comparing the prevalence ratio between services, showing that the number of legal abortion records found in the SIH changed significantly depending on the hospital. With the results found, it can be observed that the records are performed without standardization, which makes it difficult to obtain reliable information in the national health system database, increasing the invisibility of legal abortion in daily practices related to health care and health management. The present study also enabled the proposal of a technical document, with the intention of building a quick and accessible tool to guide professionals to fill out the ICD O04 in the medical records in all cases of abortions prescribed by law.

Keywords: legal abortion, medical records, International Classification of Diseases, information systems.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada ANÁLISE DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZARAM ABORTO PREVISTO EM LEI EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL. Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 21 de maio de 2020. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigo: ANÁLISE DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZARAM ABORTO PREVISTO EM LEI EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL;
3. Proposta de Nota Técnica: ORIENTAÇÃO PARA O REGISTRO DE ATENDIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZAM ABORTO LEGAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL;
4. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

- Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- Instrumento de coleta;
- Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa.

2 INTRODUÇÃO

No Brasil, o aborto é definido como o resultado da interrupção (espontânea ou voluntária) da gestação até 20 ou 22 semanas com o embrião ou feto pesando menos de 500g (BRASIL, 2011; FLEURY-TEIXEIRA, 2015). Relatórios e estudos internacionais têm, exaustivamente, indicado que o aborto inseguro, ou seja, aquele realizado sem amparo legal e sem a assistência apropriada, é um problema de saúde pública agravado pela negligência e/ou incapacidade dos países em garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2013; Starrs, 2018).

Com raras exceções, as leis dos países com maior desenvolvimento social são as menos restritivas em relação ao aborto, facilitando o acesso a um procedimento seguro. Por sua vez, os países com menor desenvolvimento acumulam problemas como: a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, abortos inseguros, violência de gênero e sexual, serviços de saúde despreparados, desigualdade social, entre outros. Todos esses componentes culminam no óbito de inúmeras mulheres diariamente (Starrs, 2018).

É difícil medir as mortes e as disfunções relacionadas com o aborto, já que essas mortes ou complicações se produzem após um procedimento clandestino ou ilegal. Dessa forma, o estigma e o medo da punição impedem que o incidente seja notificado de forma confiável. É especialmente difícil obter dados confiáveis sobre os óbitos maternos provocados por abortos inseguros (Organização Mundial da Saúde, 2013). No entanto, considerando os registros de óbitos atualmente, o aborto é a quarta causa de morte materna por causas obstétricas diretas no país (Brasil, 2018).

Pelo Código Penal Brasileiro, o ato de provocar um aborto é considerado crime (Brasil, 1940), exceto em três circunstâncias: para salvar a vida da gestante, em caso de anencefalia do feto e em casos de violência sexual (Brasil, 2011). Contudo, a previsão legal do direito ao aborto nesses três casos não é sinônimo de garantia de acesso. O direito de uma mulher que busca pelo aborto legal é frequentemente obstruído pela escassez de serviços de referência (públicos ou privados), pelo despreparo técnico das instituições, pela desarticulação da rede de atenção à saúde, pelo desconhecimento da legislação por parte da sociedade em geral e até por parte dos profissionais, por exigências desnecessárias e incorretas

como a apresentação do boletim de ocorrência pela mulher ou, ainda, pela objeção de consciência dos profissionais (Diniz, 2017; Madeiro, 2016).

Uma pesquisa realizada por Madeiro e Diniz mostrou que entre 2013 e 2015 foram realizados apenas 2.442 abortos legais em todo o Brasil. Também foram analisados 1.283 prontuários, dos quais 94% estavam relacionados a casos de estupro, 4% à anencefalia, 1% à má formação grave e 1% ao risco de morte materna. O mesmo estudo também relata que, dos 68 serviços existentes, supostamente habilitados para a realização de abortos legais, apenas 37 haviam realizado o procedimento, e que 80% dos atendimentos de todo Brasil foram realizados por um único hospital. Os serviços atuantes estavam distribuídos em 20 unidades da Federação (cinco na região Norte, onze no Nordeste, três no Centro-Oeste, seis no Sul e doze no Sudeste), sendo que em sete estados não havia nenhum serviço ativo (Madeiro, 2016). Assim, observa-se que, tanto o número de serviços em atividade quanto o de atendimentos realizados, está muito abaixo de uma cobertura suficiente.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, houve o registro de 60.018 estupros em 2017 no Brasil, porém estudos mostram que as ocorrências legais correspondem a apenas 10% a 30% dos casos (FÓRUM, 2018; CERQUEIRA 2014). Estima-se, também, que de 5% a 7% das mulheres vítimas de estupro possam engravidar (CERQUEIRA, 2014); assim, considerando 60.018 como 10% do total de casos, teríamos 30.005 gestações decorrentes de estupro por ano. Essa projeção coloca em perspectiva o quanto o número de abortos legais realizados no Brasil (em média 814 por ano, segundo a pesquisa de Madeiro e Diniz) está aquém do número de mulheres que supostamente recorrem ao procedimento na realidade (Madeiro, 2016).

Quanto à anencefalia, Fernández (2005) encontrou uma prevalência de 0,68/1.000 casos por nascimentos ao estudar 71.500 nascimentos em Pelotas (RS), concordando com os dados de Limb e Holmes (1994), que encontraram uma prevalência de 0,63 para cada 1.000 nascimentos. Diniz (2009) aponta que 84,9% das gestantes com feto anencéfalo optaram pela interrupção legal da gestação.

Em relação à mortalidade materna, já se entende a mortalidade por aborto como um importante problema de saúde pública global, sendo o aborto inseguro um importante fator desse resultado. No Brasil, a razão de mortalidade materna em

2017 foi de 58,84 mortes por 100.000 nascimentos, e o aborto, a quarta causa (Brasil, 2017). Contudo, não foram encontradas avaliações epidemiológicas precisas quanto ao número de mortes que poderiam ser evitadas com a utilização do aborto nos casos de risco de morte materna. Ou seja, dados sobre as mulheres em que a gravidez é um fator de risco e o aborto é indicado como alternativa para salvar a sua vida.

Outra questão agravante é a dificuldade de registros do aborto legal nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, o aborto legal é um procedimento hospitalar; desta forma, os procedimentos realizados pelo SUS deveriam ser facilmente identificados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). No entanto, não existe o código de procedimento específico para o aborto previsto em lei. É possível achar nos sistemas de informação apenas o registro do CID O04 - Aborto por razões médicas e legais - se alguém o vincular a outro procedimento, como por exemplo, uma curetagem. Além de gerar subnotificações, a falta de informação dificulta a gestão e o planejamento de ações voltadas para a qualificação do atendimento dos casos de aborto previsto em lei.

No Rio Grande do Sul, há sete serviços de referência para o atendimento do aborto previsto em lei (quatro em Porto Alegre, um em Canoas, um em Caxias do Sul e um em Rio Grande) (Brasil, 2018). Não há uma padronização única de registro do aborto legal entre esses serviços. O Estado segue os modelos de registros dentro das possibilidades atuais. Porém, destaca-se que, de 2014 a 2018, a soma de todos os registros por CID O04 dos municípios de referência nunca ultrapassou 44 casos/ano (Brasil, 2018).

Portanto, considerando como justificativa a relevância social do tema e a dificuldade de obtenção de dados consistentes e qualificados sobre o fenômeno, este trabalho teve a intenção de documentar como são feitos os registros de aborto previsto em lei nos hospitais de referência para este atendimento, no município de Porto Alegre, visando à identificação de fatores que podem estar implicados com os seus sub-registros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos reprodutivos fazem parte dos direitos humanos. Portanto, é um direito humano das mulheres terem informação e meios para o controle da sua vida sexual e reprodutiva, assim como a decisão livre e responsável sobre questões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva, livres de qualquer forma de coerção, discriminação ou violência (ONU, 1995; 1996).

A escassez de serviços para o atendimento das mulheres que recorrem ao aborto previsto em lei e a dificuldade no tratamento das complicações decorrentes de um aborto inseguro devem ser entendidas como violações dos direitos sexuais e reprodutivos (FLEURY-TEIXEIRA, 2015; GIUGLIANI, 2019). Aliás, a não inclusão do aborto como uma questão de saúde pública, a ser abordada por meio de políticas públicas, é a primeira de todas as violações.

O entendimento sobre o modo como o aborto se organizou no Brasil passa, primeiramente, pela discussão das relações de gênero e de poder que estão presentes em nossa sociedade. Isso porque não é possível desassociar as práticas institucionais de assistência à saúde de um contexto social no qual o direito das mulheres à autonomia, integridade corporal e liberdade sexual não é reconhecido plenamente (DINIZ, 2015; PATUZZI, 2019).

Adicionalmente, é importante definir as terminologias em relação ao aborto. No campo da saúde pública e da epidemiologia, o abortamento é classificado em três grandes tipos: espontâneo ou induzido; legal ou ilegal; e seguro ou inseguro. Existe também a distinção entre abortamento (ato de abortar) e aborto (produto do abortamento); no entanto, para este trabalho não utilizaremos essa diferenciação (FLEURY-TEIXEIRA, 2015; GIUGLIANI, 2019).

A organização teórica deste trabalho está embasada no entendimento do aborto legal a partir de quatro fundamentos: EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA; BASES DE DADOS E FONTES QUALIFICADAS; SAÚDE DAS MULHERES EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICO-SOCIAL; e, por fim, EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA E O ENTENDIMENTO PARA ALÉM DOS DADOS.

3.1 Epidemiologia e saúde pública

Dentro da gestão em saúde pública, o planejamento de ações, de uma forma geral, segue o seguinte ciclo: avaliação situacional em saúde, identificação de problemas, identificação de prioridades, planejamento, execução das ações, monitoramento, reavaliação e novo ciclo (Arreaza, 2012).

Inserida nesse processo, a epidemiologia consiste na ciência fundamental para o entendimento da situação em saúde. Rouquayrol (1993) apresenta a epidemiologia como:

A ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. (ROUQUAYROL, 1993 p.11).

É importante ressaltar que a mesma autora aponta variáveis geopolíticas que devem ser observadas ao realizarmos um estudo epidemiológico, propondo uma visão ampliada, para além das diferenças explicadas por fatores geográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais. São variáveis relacionadas ao recolhimento sistemático de dados pelos órgãos de saúde municipais, estaduais e federais. Na verdade, trata-se, na maioria das vezes, de confundidores que podem alterar os resultados. Portanto, quando analisamos dados abertos de saúde pública, é essencial uma avaliação crítica sobre:

- a) Diferenças de registros e processamento de dados oriundo do preenchimento precário de prontuários, fichas de notificações e formulários de registros, o que resulta em um falso aumento de casos em locais onde há melhores registros.
- b) Diferença de acesso aos serviços de saúde, ou seja, quando grande parte da população adoece e morre sem ter acesso ao serviço de saúde, gerando uma falsa impressão de poucos casos.

- c) Confusão semântica: nomes iguais em registros diferentes, ou registros diferentes em nomes iguais, o que ocasiona registros duplos.
- d) Diferentes níveis de certeza no diagnóstico da doença: ocorre quando o registro da doença está impreciso devido à falta de clareza quanto ao Código Internacional de Doenças (CID) ou, simplesmente, quando o serviço não teve estrutura suficiente para a realização do diagnóstico.

3.2 Bases de dados e fontes qualificadas

No âmbito mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta, em seu documento “Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde”, diretrizes para planejamento e gestão da atenção ao abortamento seguro. Nele, aponta o monitoramento dos serviços e dos atendimentos como eixo fundamental para a organização dos sistemas. Determina que a análise das estatísticas de rotina dos serviços deve incluir dados básicos, como: número de mulheres submetidas ao abortamento induzido, tipo de procedimento (aspiração a vácuo, abortamento farmacológico, dilatação e curetagem), idade da paciente e idade gestacional. Afirma, ainda, que o monitoramento dos indicadores nacionais de abortamento seguro é importante e tem sido amplamente negligenciado. Além disso, ressalta que a introdução de indicadores específicos de abortamento e as estatísticas dos serviços devem estar presentes no monitoramento dos programas nacionais de saúde materna e reprodutiva. Para isso, os dados das instituições sobre os procedimentos de abortamento devem ser integrados em sistemas de informação existentes (OMS, 2013). Os indicadores, assim como as fontes de dados, sugeridos pela OMS para a atenção ao abortamento seguro estão resumidos no quadro 01.

Quadro 01 - Indicadores para o monitoramento da atenção ao abortamento seguro segundo a Organização Mundial de Saúde.

Indicador	Forma de medida	Fonte dos dados
-----------	-----------------	-----------------

Número de instalações que oferecem serviços de abortamento seguro a cada 500.000 habitantes.	Índice	Sistema de Informação
Prestadores de serviços de saúde treinados para proporcionar serviços de abortamento seguro previsto na legislação vigente do país.	Porcentagem	Pesquisa periódica
População que reside, no máximo, a 2 horas de viagem de um estabelecimento que presta serviços de abortamento seguro.	Porcentagem	Pesquisa periódica ou Sistema de Informação
População com conhecimentos corretos sobre o abortamento previsto em lei.	Porcentagem	Pesquisa periódica
Prestadores de serviços de saúde com conhecimentos corretos sobre o abortamento previsto em lei.	Porcentagem	Pesquisa periódica
Pontos de prestação de serviço que usam os métodos recomendados pela OMS para o abortamento induzido	Porcentagem	Pesquisa periódica ou Sistema de Informação
Pontos de prestação de serviço que usam os métodos recomendados pela OMS para o tratamento das complicações decorrentes do abortamento	Porcentagem	Pesquisa periódica ou Sistema de Informação
Admissões obstétricas e ginecológicas devidas a abortamento	Porcentagem	Sistema de Informação
Índice de hospitalização para abortamento sem riscos a cada	Índice	Sistema de Informação

1000 mulheres		
Abortos a cada 1000 nascidos vivos	Proporção	Sistema de Informação
Óbitos maternos decorrentes de abortamento	Porcentagem	Sistema de Informação

Fonte: OMS, 2013. Quadro adaptado de: Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde - OMS, 2013.

No Brasil, os sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde (MS) têm como objetivo registrar e disponibilizar dados que proporcionem conhecimentos para fundamentar a gestão do SUS. A gestão da informação tem como objetivo primordial apoiar a análise gerencial para a tomada de decisões e priorização de ações e investimentos. Para que a informação seja uma ferramenta de gestão e seja utilizada de forma eficaz, é necessário que se estabeleçam critérios para o fornecimento de registros relevantes e com qualidade suficiente (Silva, 2015).

Em nosso país, há diversos sistemas de informação em saúde que armazenam inúmeros bancos de dados. Destes, destacam-se cinco principais, por terem sua operacionalidade já bem estabelecida e atuante em todos os estados, além de serem as fontes de informações centrais para o monitoramento e avaliação no SUS. São eles: o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA (Brasil, 2009). Ressalta-se que os três primeiros abrangem toda população, enquanto os dois últimos referem-se apenas aos atendimentos realizados no SUS. No caso do aborto legal, dois sistemas poderiam ser utilizados para registrar o número de casos: o SIH e o SINAN.

No caso do SINAN, a notificação compulsória refere-se apenas aos registros de violência sexual. Já no SIH, os registros de informações ocorrem por meio do preenchimento da ficha de autorização para internação hospitalar – AIH. Nela consta, entre outras informações, o código do procedimento a ser realizado, o nome do hospital de internação, o diagnóstico pela classificação internacional de doenças (CID), e informações de identificação do paciente como: sexo, idade e município de residência (Brasil, 2007). O preenchimento da AIH está diretamente vinculado ao pagamento dos procedimentos realizados no SUS. Em 1991, a Secretaria Nacional

de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) implantou, como parte do SIH/SUS, a tabela única de remuneração pela Assistência à Saúde na modalidade hospitalar, com estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, independentemente da natureza jurídica e do tipo de vínculo com o SUS (Brasil, 2007).

Conforme já citado anteriormente, o aborto legal é realizado nos hospitais de referência; assim, os procedimentos realizados pelo SUS deveriam ser identificados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Contudo, atualmente, não existe o código de procedimento que identifique o aborto previsto em lei e gere um pagamento por ele. Aliás, nota-se que a mesma ausência é encontrada quando procuramos por outros procedimentos relacionados à sexualidade feminina, como o atendimento ambulatorial de mulheres com disfunções sexuais, por exemplo.

Em 21 de maio de 2014, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 415 que incluía o procedimento “Interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei” na tabela de procedimentos do SUS. A mesma portaria organizava os registros de informações e previa o pagamento, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Normativa para o registro do procedimento 0411020064 - Interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei - no SUS.

Procedimento: 0411020064	INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO/ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO PREVISTAS EM LEI
Descrição:	Consiste em procedimento direcionado a mulheres em que a interrupção da gestação é prevista em lei, por ser decorrente de estupro, por acarretar risco de vida para a mulher ou por ser gestação de anencéfalo. A interrupção da gestação deverá ser realizada em conformidade com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde. Engloba: acolhimento; anamnese; realização de profilaxias e exames necessários, incluindo anatomopatológico (quando couber); notificação da violência sexual e outras violências (quando couber); realização da interrupção da gestação pelos métodos: medicamentoso, curetagem e aspiração manual

	intrauterina (AMIU); oferta de anticoncepção pós-procedimento, encaminhamentos, consultas de retorno de acordo com o caso, e guarda de material genético (quando couber).
Instrumento de Registro:	02-BPA / I 03-AIH (Principal)
Modalidade:	01-Ambulatorial 02-Hospitalar
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sub Tipo de Financiamento:	059 - Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei
Quantidade Máxima:	01
Valor Ambulatorial Total:	R\$ 443,40
Valor Hospitalar Total	R\$ 443,40
CBO:	2251-25 - Médico clínico 2252-25 - Médico cirurgião geral 2252-50 - Médico ginecologista e obstetra
CID Principal:	O04 - Aborto por razões médicas e legais
CID Secundários:	Y05 - Agressão sexual por meio de força física T74.2 - Abuso sexual Q00.0 - Anencefalia Z35- Supervisão de gravidez de alto risco
Serviço Classificação:	165 - Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Classificação: Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei
Atributos Complementares:	009 - Exige Cartão Nacional de Saúde (CNS); 001 - Inclui valor da anestesia; 004 - Admite permanência á maior.

Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	09
Idade Máxima	60
Média de Permanência	1
RENASES:	058 - Cirurgias Ambulatoriais com Anestesia
Especialidade do Leito	01-Cirúrgico; 02-Obstétrico; 09-Leito Dia/Cirúrgicos.

BPA - Boletim de produção ambulatorial, AIH – autorização de internação hospitalar, CBO - Classificação Brasileira de Ocupações, CID - Classificação Internacional de Doenças, RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 437, de 29 de maio de 2014.

Contudo, em 29 de maio de 2014 – 8 dias após a publicação – a Portaria nº 415 foi revogada por meio da Portaria nº 437. Hoje, é possível achar nos Sistemas de Informação Hospitalar apenas o registro do CID O04 - Aborto por razões médicas e legais – quando o profissional realizar a vinculação deste CID a um procedimento da tabela de pagamento do SUS (como uma curetagem, por exemplo). Porém, não existe uma norma técnica ou uma padronização nacional definindo tal registro como necessário, nem orientando como deve ser feito. Como consequência, tem-se o sub-registro do número de casos de aborto previsto em lei no âmbito nacional.

3.3 Saúde das mulheres em uma perspectiva histórico-social

A temática “saúde da mulher” foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de reprodutora, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (Brasil, 1984). Na década de 80, com a ascensão do movimento feminista no Brasil e das

reivindicações por direitos sociais entre as mulheres, há uma primeira revisão desse modelo na política de saúde. Em 1984, o Ministério da Saúde cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Nesse contexto, ocorreu também a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que aconteceu em 1986, como parte da agenda de mobilizações temáticas da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Brasil, 1986; Brasil, 1987). Em 1988, com o Artigo 196 da Constituição Federal, é estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o direito ao acesso a um sistema público e universal, assim como à atenção integral à saúde.

No contexto internacional, além de participar da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (*CEDAW*) em 1979, o Brasil também foi signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher – conhecida como “Convenção de Belém do Pará”- em 1994, e da Declaração de Pequim, adotada pela 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres em 1995.

Porém, apenas em 2004, o Ministério da Saúde propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Além disso, apresenta os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que, posteriormente, é revista e reimpressa em 2011 (Brasil, 2011). A PNAISM traz as desigualdades sociais relacionadas ao gênero como foco para a discussão da política e, desta forma, inicia a discussão sobre o aborto e o direito ao aborto legal como questões de saúde pública.

Cabe destacar algumas publicações técnicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que foram importantes para normatizar a atenção ao aborto nos serviços do SUS: Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (1ª edição em 1999, 2ª edição em 2005 e 3ª edição em 2012), Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (1ª edição em 2005 e 2ª edição em 2011) e Norma Técnica de Atenção às Mulheres com Gestações de Anencéfalos (2014).

Contudo, como já discutido anteriormente, existem inúmeras barreiras de acesso para as mulheres que buscam o atendimento. Essas barreiras de acesso ao aborto não surgem, apenas, por falta de estrutura na assistência atual, mas também por uma construção social que define o aborto como um enorme tabu. É um tema controverso em muitas sociedades e, na maioria das vezes, o debate sobre aborto

se polariza entre o direito da mulher em controlar seu próprio corpo e sua fertilidade *versus* a defesa do feto como uma pessoa e que, desta forma, teria os mesmos direitos dos outros membros da sociedade (Helman, 2009).

Antes de interpretarmos o contexto atual, é importante entender como se desenvolveram as práticas em saúde nos últimos séculos no Brasil e como isso reflete no nosso modelo atual de cuidado, além de entender qual é a função social primordial da mulher na nossa sociedade e como essas questões estão relacionadas.

Fabíola Rohden (2003) apresenta em suas pesquisas sobre o desenvolvimento da ginecologia, a forma em que mulheres e homens foram diferenciados pela medicina em uma construção histórica. Por meio da revisão de teses defendidas pelos doutores em medicina, buscou obter o pensamento hegemônico da época. Suas análises apresentam questões fundamentais para o entendimento de como as práticas atuais, em saúde, são a continuidade de uma ciência marcada pela hierarquia de gênero, tendo o controle sobre o corpo feminino como instrumento para a manutenção da ordem social vigente em uma sociedade em que os espaços de “ordem e poder” eram predominantemente ocupados por homens (Rohden, 2001). Em sua tese, observamos citações de outros autores, como por exemplo:

Sendo o frontal tão pequeno na mulher, se observa geralmente em grau muito fraco os órgãos da comparatividade e da causalidade, dos quais o primeiro dá a faculdade de discernir com habilidade os traços e semelhanças dos objetos para formar um juízo exato a seu respeito; o segundo a de elevar-se à origem das coisas, e de aprofundar sua natureza. Mas, em compensação à estreiteza do frontal, a parte posterior do crânio é mais larga e mais saliente, e é nesta parte que residem os órgãos correspondentes às qualidades afetivas, que, por assim dizer, constituem a existência moral da mulher. Vê-se pois que o mau êxito que elas obtêm sempre que se dedicam às altas ciências e à política, é antes um efeito de organização que um vício de educação. O homem, destinado para os grandes trabalhos, para com a energia de sua inteligência fazer conquistas nas artes e nas ciências, não devia ter uma organização

em tudo igual à da mulher, porque os fins destinados a ele em grande parte diferem dos destinados à mulher. (ANDRADE, 1839, p.4 apud ROHDEN, 2001).

A autora também traz relatos como a acusação contra Abel Parente – médico que foi repudiado pelos colegas e acusado de esterilização feminina ao tentar oferecer métodos contraceptivos às mulheres. Na época, o fato das mulheres terem acesso a algum tipo de contraceptivo eficaz, como a esterilização, faria com que elas pudessem abandonar o lar, o marido e os filhos. Se pudessem praticar sexo sem o risco de uma gravidez, o resultado seria o avanço desenfreado da prostituição e o fim da família e, conseqüentemente, da sociedade (Rohden, 2001).

No mesmo contexto, o aborto cometido pela mãe ou por terceiros seria necessariamente delituoso, quando não fosse espontâneo ou natural (destaca-se que como os médicos gozavam de maior reconhecimento e reputação, a grande parte das acusadas eram as parteiras). Rohden apresenta uma reflexão sobre a história da sexualidade e reprodução nas relações de gênero e nas políticas públicas, indicando que a discussão da capacidade reprodutiva das mulheres não ocorre no nível privado, mas aparece como questão de interesse público e coletivo. Autores da época indicam que a principal função social da mulher seria, portanto, reproduzir-se e criar filhos para a sociedade (Rohden, 2003):

Da mulher que sabe ser mãe depende o futuro de uma nação. É indispensável educar a mulher dentro de normas rígidas, afastando-a da falsa moral que domina sob a espetacular rubrica de “maternidade consciente”. Dar-lhe os conhecimentos necessários para que possa compreender o valor e o significado do papel que desempenha de eternizar a espécie [. . .]. (ARAGÃO, 1941 apud ROHDEN, 2003).

Segundo a autora, é praticamente impossível admitir publicamente um ato como o aborto quando há a defesa de uma ordem social baseada na diferença entre os sexos e na sustentação da subordinação das mulheres diante da reprodução, pois o aborto explica de forma emblemática a recusa da maternidade e a insubordinação ao modelo.

Portanto, a visão da reprodução como um conjunto de regras sociais que não devem ser rompidas foi reforçada inúmeras vezes nos discursos construídos nos espaços de poder, decisão e governança social. Como é, por exemplo, o caso da medicina, especialmente o da ginecologia, na qual o médico homem tinha o controle do saber sobre o funcionamento “adequado” do corpo feminino.

Desta forma, esse entendimento sobre a construção histórica das práticas de saúde e a sua relação com as questões de gênero é fundamental para a compreensão de porque o atendimento ao aborto atualmente (mesmo nos casos previstos em lei) ainda é um enorme desafio da saúde pública.

3.4 Epidemiologia crítica e o entendimento para além dos dados

Conforme Arreaza (2012), a epidemiologia trataria de entender a dinâmica do processo saúde-doença em populações concretas, com todas as características histórico-sociais que as especificam. No entanto, a grande complexidade está em entender como nossas construções sociais influenciam no desenvolvimento de análises epidemiológicas. No caso deste estudo, é necessário identificar, antes mesmo de qualquer resultado, que as nossas construções sociais são decisivas para a avaliação do aborto. Isto é evidenciado não somente pela revisão de artigos que demonstram a escassez de serviços e a dificuldade de acesso, mas também pela falta de registros sobre o aborto legal, o que gera a ausência de uma fonte de dados confiáveis para análises epidemiológicas e planejamento de uma política de saúde.

Para Breilh (2006), a epidemiologia deve ser utilizada como um instrumento de investigação, planejamento, monitoramento e fundamentação de ações e programas. Na base dessa análise, está a avaliação da necessidade em saúde. Mas a “necessidade” é definida e usada conforme interpretações distintas, sendo a necessidade também uma construção sociocultural. O autor entende também que, em uma realidade de lutas de poderes, existe a hegemonia dominante de uma classe social sobre as demais, a qual é praticada sobre o exercício não somente da força, mas de uma liderança moral e intelectual. A necessidade hegemônica de quem concentra o poder, naturalmente, tende à manutenção de um *status quo*. Assim, a epidemiologia crítica trataria de um elemento contra-hegemônico para uma atividade emancipadora que atenderia de forma mais plural às questões sociais.

De certa forma, podemos observar essa teoria quando temos o pensamento hegemônico (formado historicamente) que entende a função social da mulher como a “boa reprodutora dos filhos de uma nação”, e que não incorpora a prática do aborto legal como uma questão de saúde. A falta de registros para fontes de dados que possibilitem a produção de trabalhos epidemiológicos, resultando na invisibilidade do aborto legal no modelo de saúde atual, também pode ser interpretada como um reflexo de tal situação. Deste modo, o registro e o monitoramento de dados para entendimento e avaliação do sistema têm papel primordial na garantia dos direitos das mulheres, especialmente em um contexto social de invisibilidade dos mesmos.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar os registros de atendimentos a mulheres que realizaram aborto legal no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de 2013 a 2018.

4.2 Objetivos específicos

- a) Quantificar o total de abortos legais realizados entre 2013 e 2018 no município de Porto Alegre;
- b) Realizar um levantamento da diferença quantitativa entre os registros internos dos serviços e os encontrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS;
- c) Identificar fatores associados com a presença de registro no SIH;
- d) Elaborar uma orientação técnica para os serviços, visando à qualificação do preenchimento dos dados no SIH.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):1001-1013, 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011.

Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940, alterado pela Lei nº 9.777, de 26 dezembro 1998 [Internet]. 1998 [citado 2. 2010 Fev 19]. Disponível em: http://gema.iesp.uerj.br/wp-content/uploads/2015/03/images_Publicações_legislacao_antiracista_CODIGOPENALDECRETOLEI_2848.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília, 2018. [citado em 2 fev 2019]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde. Interrupção voluntária de gestação e impacto na saúde da mulher. Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica. 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação hospitalar [Internet]. Brasília, 2018. [citado em 2 fev 2019]. Disponível:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade [Internet]. Brasília, 2017. [citado em 2 fev 2019]. Disponível:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 415/SAS/MS, de 21 de maio de 2014. Inclui o procedimento interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 437/SAS/MS, de 29 de maio de 2014. Revoga as Portarias nº 224/SAS/MS, de 26 de março de 2014, 272/SAS/MS, de 2 de abril de 2014, 227/SAS/MS, de 4 de abril de 2014 e 415/SAS/MS, de 21 de maio de 2014. Brasília, 2014.

Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Cerqueira D, Coelho D. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília: Ipea, 2014.

Diniz D, Penalva J, Fagundes A, Rosas C. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1 [cited 2020-02-14], pp.1619-1624.

Diniz, Carmen Simone Grilo. Violência nos Serviços de Saúde. In: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela Nazareth. (Ed.). Dicionário Feminino da Infância: Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 422.

Diniz D. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência & Saúde Coletiva, 22(2):653-660, 2017.

Fernández RR. Anencefalia: um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas. Citation Data Ciência & Saúde Coletiva, ISSN: 1678-4561, Vol: 10.2005.

Fleury-Teixeira E; Meneghel SN (Orgs.). Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro:

Editora FIOCRUZ, 2015, 422p.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP. Anuário brasileiro de segurança pública. Edição Especial 2018. São Paulo; 2018.

Giugliani C, Ruschel AE, Silva MCB, Maia MN, Oliveira DOPS. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2019 Jan-Dez; 14(41):1791.

Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre; Artmed; 5 ed; 2009.

Limb CJ, Holmes LB. Anencephaly: changes i prenatal detection and birth status, 1972 through 1990. American Journal of Obstetrics and Gynecology 170 (5):1333-1338.

Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.

Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2a ed. Genebra, 2013.

Organização das Nações Unidas. Report of the International Conference of Population and Development, Cairo. Nova York,1995.

Organização das Nações Unidas. Report of the Fourth World Conference of Women, Beijing. Nova York: Nações Unidas, 1996.

Patuzzi GC, Giugliani C, Ruschel AE, Silva MCB. Fórum Aborto Legal do RS Relato de experiência de uma estratégia para a garantia dos direitos das mulheres. Caderno de Gênero e Diversidade. Vol 05, N. 03 - Jul. - Set., 2019.

Porto ML, Amaral WN. Violência sexual contra a mulher: histórico e conduta. FEMINA, Julho/Agosto 2014, vol 42, nº 4.

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher [online]. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection. 224 p. ISBN 978- 85-7541-399-9.

Rohden, F. A arte de enganar a natureza. Contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Coleção História e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 4a ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

Silva LB. Sistemas de informações em saúde como ferramenta para gestão do SUS. Caderno Saúde e Desenvolvimento| vol.7 n.4 | jan/jun – 2015.

Starrs AM. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report the Guttmacher–Lancet Commission. Published online May 9, 2018.

6 ARTIGO

AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZARAM ABORTO PREVISTO EM LEI EM PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL

EVALUATION OF LEGAL ABORTION RECORDS IN PORTO ALEGRE, SOUTHERN BRAZIL.

Maura Carolina Belomé Silva¹

Camila Giugliani²

Daniela Riva Knauth³

Correspondência: maurabelome@gmail.com, 51- 999863886.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Brasil.

Resumo

O aborto legal no Brasil é um direito pouco garantido devido a múltiplas barreiras de acesso. A dificuldade em obter-se registros confiáveis e de fácil acesso, que subsidiem ações de monitoramento e avaliação pertinentes a essa temática, é outra questão preocupante relacionada à organização do sistema de saúde. Assim, esta pesquisa teve como objetivo avaliar os registros de atendimentos a mulheres que realizaram aborto legal no município de Porto Alegre no período de 2013 a 2018. Para isso, os prontuários de todos os casos de aborto previsto em lei realizados nos quatro serviços de referência foram avaliados *in loco*. A seguir, os dados obtidos foram cruzados com o banco do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). A razão de prevalência foi realizada por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. Foram identificados, nos prontuários, 236 casos de aborto legal, dos quais 95 estavam registrados no SIH. Os casos cujos prontuários tinham o CID O04 (aborto por razões médicas) identificado

em seus registros internos tiveram uma prevalência 3,02 (IC: 1.83 - 4.98) vezes maior de constarem no SIH do que aqueles identificados com outro CID ($p < 0,001$). Houve também diferença significativa ($p < 0,001$) quando comparada a razão de prevalência entre os serviços, demonstrando que o número de registros de aborto legal no SIH alterava significativamente dependendo do hospital. Com os resultados encontrados, é possível observar que os registros são realizados sem um padrão único. Esse fato dificulta a obtenção de informações fidedignas na base de dados nacionais do SUS, aumentando a invisibilidade do aborto legal nas práticas cotidianas de avaliação e gestão.

Palavras-chave: aborto legal, registros, Classificação Internacional de Doenças, sistemas de informação.

Introdução

Pelo Código Penal Brasileiro, o ato de provocar um aborto é considerado crime¹, exceto em três circunstâncias: para salvar a vida da gestante, em caso de anencefalia do feto e em casos de violência sexual². Contudo, a previsão legal do direito ao aborto, nesses três casos, não é sinônimo de garantia de acesso. O direito de uma mulher que busca pelo aborto legal é frequentemente restringido pela escassez de serviços de referência, públicos ou privados, pelo despreparo técnico das instituições, pela desarticulação da rede de atenção à saúde, pelo desconhecimento da legislação por parte da sociedade em geral e até por parte dos profissionais, por exigências desnecessárias e incorretas como a apresentação do boletim de ocorrência ou, ainda, pela objeção de consciência dos profissionais^{3,4}.

Uma pesquisa realizada⁵ mostrou que, entre 2013 e 2015, foram realizados apenas 2.442 abortos legais em todo o Brasil. Por meio da análise de 1.283 prontuários, constataram que 94% dos casos eram situações de estupro. O mesmo estudo também relata que, dos 68 serviços habilitados existentes, apenas 37 haviam de fato realizado interrupções de gravidez decorrente de estupro, e que 80% dos atendimentos em todo Brasil foram realizados por um único hospital. Os hospitais atuantes estavam distribuídos em 20 unidades da Federação (cinco na região Norte,

onze no Nordeste, três no Centro-Oeste, seis no Sul e doze no Sudeste), sendo que em sete estados não havia nenhum serviço ativo⁶. Conforme dados de 2019, no Rio Grande do Sul, há sete serviços de referência para o atendimento do aborto previsto em lei: quatro em Porto Alegre, um em Canoas, um em Caxias do Sul e um em Rio Grande⁷.

Além da pouca disponibilidade de serviços e das demais barreiras de acesso já citadas, outra questão, relacionada à organização do sistema de saúde, mostra-se preocupante: a dificuldade na obtenção de registros confiáveis e de fácil acesso para a avaliação e o planejamento de ações voltadas a essa temática no Sistema Único de Saúde (SUS). O aborto legal é um procedimento hospitalar e, assim, deveria ser identificado com um número de procedimento específico no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS. Contudo, atualmente, não existe um código de procedimento que identifique o aborto previsto em lei e gere um pagamento por ele. Em 21 de maio de 2014, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 415, que criava o procedimento: “Interrupção da gestação/antecipação terapêutica do parto previstas em lei”. Entretanto, essa portaria foi revogada oito dias após a sua publicação. Hoje, é possível achar no SIH apenas a identificação do Código Internacional de Doenças: CID O04 - Aborto por razões médicas e legais – quando o profissional realiza a vinculação deste CID a outro procedimento da tabela de pagamento do SUS (como uma curetagem, por exemplo). Porém, não existe uma norma técnica ou uma padronização nacional que oriente sobre a necessidade desse registro e sobre como deve ser realizado. Tal situação leva a sub-registros, pois o código de procedimento é obrigatório para o serviço receber o pagamento pelo atendimento realizado, mas o CID é uma informação complementar.

Sendo o aborto uma questão de grande relevância para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e considerando que, atualmente, não há acesso assegurado no sistema público de saúde brasileiro, mesmo para o aborto previsto em lei, destaca-se a importância de dados acurados e acessíveis que possam contribuir para a avaliação de necessidades e para o monitoramento de ações voltadas para a implantação de programas que almejem garantir esse direito às mulheres. Assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar os registros de atendimentos a mulheres que realizaram aborto legal no município de Porto Alegre no período de 2013 a 2018, cruzando-os com os dados disponíveis no SIH do SUS.

Desta forma, além de realizar um levantamento da diferença quantitativa de registros realizados nos serviços e no sistema de informação do SUS, buscou-se identificar fatores associados à presença de registro no SIH.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, no qual, foram, primeiramente, avaliados *in loco*, os prontuários de mulheres que realizaram aborto legal. Elas foram atendidas entre 2013 e 2018, nos quatro serviços de referência, situados em Porto Alegre. Em um segundo momento, foi realizada a técnica de *linkage* entre os dados obtidos nos serviços e aqueles disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Nessa etapa, foram encontradas três classificações: casos que constavam somente nos prontuários hospitalares, casos identificados apenas no SIH e casos que estavam registrados em ambos. Após, identificados casos que estavam registrados somente no SIH, voltou-se aos serviços para busca desses prontuários, e o *linkage* foi refeito. O objetivo foi chegar o mais próximo possível de um valor fidedigno de prevalência desses casos e avaliar como esses registros são realizados, observando que fatores poderiam contribuir para a construção de registros mais precisos. Segue-se a descrição detalhada das duas etapas de pesquisa.

Etapa 1: Avaliação dos registros internos de cada hospital.

Foi criado, pelas autoras deste estudo, um instrumento de coleta que incluía, além de outros registros, as seguintes informações de cada atendimento: local, número do cartão nacional do SUS, data da solicitação da autorização de internação hospitalar (AIH), código CID dos registros internos, procedimento registrado na AIH, data da alta e causa prevista em lei para o aborto. Para ter acesso aos prontuários, foi solicitada a cada hospital uma relação dos casos de aborto legal atendidos no período de 2013 a 2018. No total, foram encontrados 201 prontuários nessa etapa. Em cada serviço, foram encontrados processos distintos para obtenção da listagem de casos, conforme descrito abaixo:

Hospital A – apresentava prontuário físico e eletrônico. A lista de registros internos foi apresentada pelo ambulatório de atenção à pessoa em situação de violência sexual. O hospital estava realizando um trabalho de pesquisa concomitante

sobre violência sexual, o que facilitou o acesso à lista de atendimentos dos casos de violência. Quanto aos casos de anencefalia, foi possível encontrar, com suporte da equipe de informática da instituição, uma listagem de ecografias com o diagnóstico procurado. Após, foram avaliados os prontuários e excluídos os casos em que a gestação não foi interrompida. Casos de risco de morte materna não foram apresentados pelo serviço.

Hospital B - apresentava somente prontuário eletrônico. A lista de registros internos também foi apresentada pelo ambulatório de atenção à pessoa em situação de violência sexual. Nesse caso, a relação continha tanto casos de violência sexual como de risco de morte materna. Para acessar os casos de anencefalia, foi necessário entrar em contato com a equipe de medicina fetal, que encaminhou os prontuários solicitados.

Hospital C - apresentava somente prontuário eletrônico. A lista de registros internos foi apresentada pelo setor de psicologia do serviço de atenção à pessoa em situação de violência sexual. O hospital já tinha realizado um trabalho de pesquisa anterior sobre violência sexual, o que facilitou o acesso à lista de atendimentos dos casos de violência. Quanto aos casos de risco de morte materna e anencefalia, foram utilizados os registros que alimentam o SIH, pois não foram encontrados registros separados.

Hospital D – Os hospitais D e C fazem parte do mesmo grupo hospitalar. Desta forma, foi utilizado o mesmo procedimento de coleta em ambos.

Etapa 2 – Registros no sistema de informação hospitalar (SIH).

Foi obtida, por meio de solicitação às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, a listagem de 103 registros de autorização de internação hospitalar (AIH) com CID O04 que foram computados no SIH entre 2013 e 2018 nos quatro estabelecimentos estudados. A lista foi gerada a partir dos seguintes dados: serviço de atendimento, número do Cartão Nacional do SUS, data de solicitação da AIH e data da alta. Utilizando essas quatro variáveis, foi realizado o cruzamento do banco de dados construído com os registros obtidos nos serviços com aquele do SIH do SUS. É importante ressaltar que o SIH, embora não seja um sistema de vigilância em saúde, é a principal fonte de informações para análise e planejamento das ações em saúde envolvendo os serviços hospitalares.

Após o cruzamento de dados, foram identificados 43 casos que não constavam na lista inicial dos serviços, pois estavam registrados apenas no SIH. Desta forma, como mencionado anteriormente, foram revisitados os serviços à procura desses prontuários. Destes, foram excluídos quatro casos que não foram encontrados e quatro que foram registrados de forma equivocada quanto ao CID, chegando-se a 35 casos adicionais incluídos na pesquisa.

Concluída a construção do banco de dados, prosseguiu-se com a análise estatística. Foram consideradas como variáveis preditoras: hospital onde ocorreu o atendimento, CID dos registros internos (se foi colocado o CID O04: sim/não), se a mulher atendida era residente de Porto Alegre, previsão legal para o aborto e procedimento registrado na AIH. A variável resposta (desfecho) considerada foi a presença de registro no SIH (sim ou não). Por ser um estudo transversal com desfecho binário, a associação entre exposição e desfecho foi estimada por razão de prevalência (RP), considerando a RP como medida de efeito e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Foram realizadas análises univariáveis e multivariáveis por meio da Regressão de Poisson com Variância Robusta. As análises multivariáveis testaram o modelo de interação entre as variáveis: “serviço” *versus* “CID O04 no registro interno” e “serviço” *versus* “previsão legal para o aborto”.

Resultados

Com a soma das duas etapas de coleta, foram totalizados 236 casos de aborto legal. Os números de cada etapa podem ser observados no quadro 1.

Quadro1 – Etapas da coleta e número de registros encontrados conforme a causa do aborto.

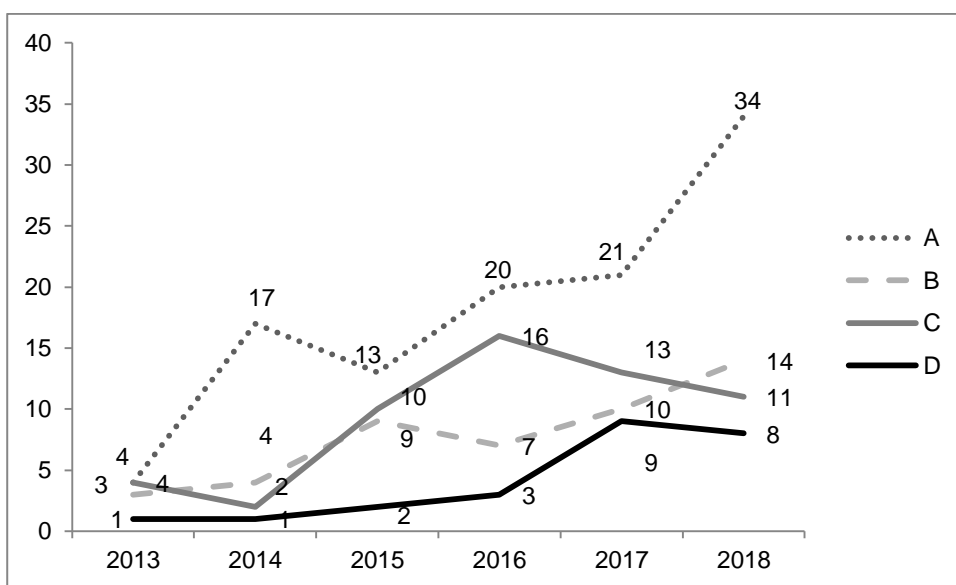
Previsão Legal para o Aborto	1ª etapa N(%)	2ª etapa N(%)	Total N(%)
Violência sexual	178(88,6)	13(37,2)	191(80,9)
Risco de morte materna	2(1,0)	4(11,4)	6(2,5)
Anencefalia	21(10,4)	18(51,4)	39(16,5)
Total	201	35	236

Fonte: do autor (2020).

Na primeira coleta realizada diretamente nos serviços, foram computados 201 casos (etapa 1). No SIH, havia 103 registros de CID O04. Após a exclusão de oito casos (quatro casos que não foram encontrados e quatro que foram registrados de forma equivocada quanto ao CID), foram considerados válidos apenas 95. Dos 95 casos, 35 ainda não estavam no banco inicial e foram adicionados na etapa 2.

No final da coleta, havia 236 casos, sendo 95 deles com registro no SIH e 141 com registro apenas nos prontuários internos dos hospitais. A distribuição do total de atendimentos (236 casos) por hospital ao longo do período estudado pode ser observada no gráfico 1.

Gráfico1 – Número de abortos legais anuais por local de atendimento entre 2013 e 2018.



É possível observar que o serviço A sempre realizou um volume maior de procedimentos. No entanto, ao comparar 2013 com 2018, todos os hospitais apresentaram um aumento de casos. A análise descritiva de todos os casos pode ser verificada na tabela 1 que mostra as frequências das variáveis estudadas e na tabela 2 que apresenta a distribuição conforme a presença de registro no SIH do SUS.

Tabela 1 - Frequência das variáveis estudadas

Variável	Distribuição N - 236 (%)
Serviço	
Hospital A	109 (46,2)

Hospital B	47 (19,9)
Hospital C	56 (23,7)
Hospital D	24 (10,2)
CID O04 no registro interno	
Sim	155 (65,7)
Não	81 (34,3)
Residentes de Porto Alegre	
Sim	109 (46,2)
Não	127 (53,8)
Previsão legal para o aborto	
Violência sexual	191 (80,9)
Risco de morte materna	6 (2,5)
Anencefalia ou má formação fetal grave	39 (16,5)
*Procedimento registrado na AIH	
Curetagem uterina	116 (49,8)
**AMIU	78 (33,5)
Aborto legal ou indução	15 (6,3)
Parto/cesárea	12 (5,2)
Outro	12 (5,2)

*3 prontuários sem o registro da variável,** AMIU (aspiração manual intrauterina)

Ao avaliar o total de casos, percebe-se que o Hospital A concentrou o maior número de atendimentos (46,2%). O percentual de registros internos que apresentaram referência ao CID O04 foi de 65,7%. A violência sexual foi o motivo de previsão legal em 80,9% dos casos, e apenas seis (2,5%) abortos estavam relacionados ao risco de morte materna. Os dois tipos de procedimento mais registrados foram a curetagem uterina (49,8%) e a AMIU (33,5%). Por fim, ressalta-se que apenas 46,2% das mulheres atendidas eram residentes de Porto Alegre.

Tabela 2 - Caracterização dos casos de aborto legal, conforme situação de registro no SIH, realizados nos serviços de referência de Porto Alegre entre 2013 e 2018.

	Casos não registrados no SIH do SUS n= 141(% - linha)	Casos com registros no SIH do SUS n= 95 (% - linha)
Serviço		

Hospital A	96 (88,1)	13 (11,9)
Hospital B	14 (70,2)	33 (29,8)
Hospital C	17 (30,4)	39 (69,6)
Hospital D	14 (58,3)	10 (41,7)
CID O04 no registro interno		
Sim	74 (47,7)	81 (52,3)
Não	67 (82,7)	14 (17,3)
Residentes de Porto Alegre		
Sim	66 (60,6)	43 (39,4)
Não	75 (59,1)	52 (40,9)
Previsão legal para o aborto		
Violência sexual	121 (64,4)	70 (36,6)
Risco de morte materna	2 (33,3)	4 (66,7)
Anencefalia ou má formação fetal grave	18 (46,2)	21 (53,2)
Previsão legal para o aborto		
Violência sexual	121 (63,4)	70 (36,6)
Outras	20 (44,4)	25 (55,6)
*Procedimento registrado na AIH		
Curetagem uterina	73 (62,9)	43 (37,1)
**AMIU	40 (51,3)	38 (48,7)
Aborto legal ou indução	8 (51,3)	7 (46,7)
Parto/cesárea	10 (83,3)	2 (16,71)
Outro	10 (83,3)	2 (16,7)

*3 prontuários sem o registro da variável, ** AMIU (aspiração manual intrauterina)

Comparando os dois grupos, com e sem registro no SIH, observa-se que o Hospital A apresenta o menor percentual de registros no SIH (11,9%) e por isso foi definido como categoria de referência para o cálculo da razão de prevalência realizada posteriormente. Dos registros com o código CID O04 nos prontuários internos, 52,3% estavam também presentes no SIH e os sem essa identificação, apenas, 17,3% foram encontrados no SIH. Diferentemente dos registros relacionados à anencefalia e ao risco de morte materna, a maior parte dos casos de violência sexual não estava no SIH (63,4%). Por fim, em relação ao tipo de procedimento realizado houve um maior volume no grupo não registrado no SIH em todos os procedimentos.

A tabela 3 mostra as medidas de efeito entre exposição e desfecho, apresentando a razão de prevalência (RP) calculada para cada variável.

Tabela 3 – Prevalência de registros corretos de abortos previstos em lei no Sistema de Informação Hospitalar do SUS segundo variáveis de exposição (análise univariável).

Variável de exposição	N (%)	Desfecho: registro	
		no SIH - SUS	<i>p</i>
		RP (IC 95%)	
CID O04 no registro interno			
Sim	155 (65,7)	3,02 (1.83 - 4.98)	0,001
Não	81 (34,3)	1,00	
Serviço			
Hospital D	24 (10,2)	3,49 (1.74 - 7.00)	0,001
Hospital C	56 (23,7)	5,84 (3.40 - 10.00)	0,001
Hospital B	47 (19,9)	5,88 (3.42 - 10.13)	0,001
Hospital A	109 (46,2)	1.00	
Previsão legal para o aborto			
Outras causas	45 (19,1)	1,52 (1.10 - 2.09)	0,011
Violência sexual	191 (80,9)	1	
Residente de Porto Alegre			
Não	127 (53,8)	1,04 (0.76 - 1.42)	0,816
Sim	109 (46,2)	1	
*Procedimento registrado na AIH			
Curetagem	116 (49,8)	1	
AMIU	78 (33,5)	1,31 (0.95 - 1.82)	0,103
Aborto legal ou indução	15 (6,3)	1,26 (0.70 - 2.27)	0,445
Parto/cesárea	12 (5,2)	0,45 (0.12 - 1.63)	0,224
Outro	12 (5,2)	0,45 (0.12 - 1.63)	0,224

*3 prontuários sem o registro da variável, RP - razão de prevalência, IC - intervalo de confiança, SIH - Sistema de Informação Hospitalar, AMIU – Aspiração Manual Intrauterina, AIH – autorização de internação hospitalar, SUS – Sistema Único de Saúde.

Foi encontrada associação significativa entre a variável “CID O04 no registro interno” e a presença de registro no SIH, sendo a prevalência 3,02 (IC: 1,83 – 4,98) vezes maior quando o CID O04 é identificado corretamente no registro interno do serviço. Também houve associação significativa entre o serviço e a variável desfecho. Tendo o Hospital A como referência, a prevalência de registro no SIH foi

5,88 (IC: 3,42 – 10,13) vezes maior no Hospital B; 5,84 (IC: 3,40 – 10,00) vezes maior no Hospital C e 3,49 (IC: 1,74 – 7,00) vezes maior no Hospital D. A possível interação entre as variáveis “serviço” e “CID O04 no registro interno” foi testada no modelo multivariável, mas não foi encontrada significância estatística ($p = 0,105$), o que sustenta a hipótese de que os resultados são independentes.

Também foi encontrada associação significativa entre a variável “previsão legal para o aborto” e o registro no SIH – SUS. Em uma primeira análise (tabela 3), a prevalência de registro no SIH para outras causas foi 1.52 (IC:1.10 - 2.09) vezes maior quando comparada aos casos de violência sexual. Porém, ao avaliar a interação entre “serviço” e “previsão legal para o aborto”, foi encontrada significância estatística ($p = 0,026$), indicando presença de interação. Isso significa que o tipo de serviço interfere na maior prevalência relacionada à causa do aborto. As medidas de efeito por serviço são apresentadas na tabela 4.

Tabela 4 - Razão de prevalência de registros corretos no SIH, por hospital, comparando "outras causas" versus "violência sexual".

Hospital	RP*	IC** (95%)
A	1,05	0,00 ; 2,54
B	0,99	0,62 ; 1,37
C e D	1,77	1,41 ; 2,14

*RP - razão de prevalência, **IC - intervalo de confiança.

Com a tabela 4, percebe-se que a interação citada anteriormente tem origem nos hospitais C e D, que demonstraram ter melhor registro da variável “outras causas” no SIH - SUS. Contudo, tal fato pode ser um viés da coleta, pois foram os dois serviços, que apresentaram a listagem de abortos por anencefalia e risco de morte materna, já retirados do SIH.

Discussão

Este trabalho permite entender de que forma ocorrem os registros de abortos legais no município de Porto Alegre, uma cidade de grande porte, capital estadual, com quatro hospitais de referência para aborto legal. Por meio dos dados

apresentados, foi possível detectar e quantificar o grande volume de sub-registros existentes, sendo apenas 40,3% dos atendimentos registrados no Sistema de Informação do Ministério da Saúde. Esse número reduzido de registros oficiais pode gerar erros de avaliação e interpretação quanto às necessidades da população em relação ao aborto legal. A falta de registros, em se tratando de um tema como o aborto, que já é pouco falado em nossa sociedade, aumenta consideravelmente a sua invisibilidade.

Outro achado que chama a atenção, merecendo análise mais aprofundada em outras pesquisas, é o registro ínfimo de abortos relacionados ao risco de morte materna, ainda que os seis casos encontrados (2,5%) neste estudo ultrapassem o número apresentado por Madeiro e Diniz⁸, que encontraram apenas 1% ao avaliarem 1.283 prontuários entre 2013 e 2015. Todavia, se considerarmos que este trabalho utilizou um período de análise entre 2013 e 2018, teríamos aproximadamente um caso por ano. Essa escassez de registros também dificultou a análise estatística deste estudo, impossibilitando a discriminação dos casos de risco de morte materna e de anencefalia na avaliação quanto à justificativa legal para o aborto, classificada em violência sexual e outras. Esta pode ser considerada uma limitação desta pesquisa.

Contudo, mesmo realizando apenas a análise descritiva quanto ao número de abortos por anencefalia, foi possível comparar os resultados com os de Madeiro e Diniz⁹: enquanto os autores apresentaram um percentual de 1%, o nosso estudo encontrou 16,5%. Fernández¹⁰ encontrou uma prevalência de 0,68/1.000 casos/ano de anencefalia por nascimentos e Diniz¹¹ aponta que 84,9% das gestantes com feto anencefálico preferiram a interrupção legal da gestação. Considerando que Porto Alegre teve 447.080 nascimentos em 2018, a estimativa de anencefalias seria aproximadamente 304 casos e 84,9% desse valor seriam 258. Porém, encontramos apenas 39 registros ao longo dos seis anos.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, houve o registro de 271 estupros em 2017 na capital, porém estudos mostram que as ocorrências legais correspondem a apenas 10% a 30% dos casos^{12,13}. Estima-se, também, que de 5% a 7% das mulheres vítimas de estupro possam engravidar¹³ (CERQUEIRA, 2014). Considerando um percentual de ocorrência de 20%, Porto Alegre teria em 2017 uma estimativa de 1.355 estupros, com aproximadamente 68 gestações por ano. Todavia,

encontramos 109 abortos em casos de violência sexual, o que geraria uma média de 18,2 abortos legais por ano, mas ainda temos que considerar que apenas 46,2% das participantes residiam em Porto Alegre. Desta forma, chegaríamos a um valor de aproximadamente 8,4 atendimentos por ano para mulheres de Porto Alegre.

Além de demonstrar os sub-registros dos atendimentos por aborto legal, com os resultados apresentados, foi possível entender quais variáveis poderiam contribuir para um sistema de registros mais acurado, destacando a importância da padronização dos registros relacionados a esse tipo de atendimento. Mesmo que continue não existindo um código específico que garanta o registro na forma de procedimento, a padronização dos registros internos dos serviços utilizando o CID O04 poderia alterar significativamente o número de identificações corretas no SIH do SUS. Ou seja, é importante identificar e nomear os casos de aborto legal como aborto, entendendo que o código do CID assume, nesse caso, a função de visibilizar um procedimento que atualmente é invisível nos sistemas de informação. Com isso, evitaríamos os registros de outros CIDs que podem ser utilizados no atendimento, mas que não identificam o aborto no SIH, como por exemplo, o CID Y05 (agressão sexual através de força física) ou o O269 (afecções ligadas à gravidez, não especificadas).

Outro achado importante deste trabalho foi a falta de uniformidade na forma como os registros são feitos em cada hospital, reforçando a hipótese de que um trabalho de orientação voltado para a padronização entre os serviços também é necessário. Isto porque, mesmo entendendo que o CID é uma uniformização terminológica que permite padronizar a informação sobre o conhecimento de uma doença específica¹⁴ ainda é necessário o aprimoramento dos processos de registros para maior confiabilidade dos dados¹⁵.

Para Menezes¹⁶, em análises estatísticas sobre os abortos legais, o desafio é a própria identificação dos casos, que depende do código da Classificação Internacional de Doenças (CID) atribuído na guia de internação hospitalar. Além de possíveis falhas nesse registro, a utilização não padronizada desses códigos pode dificultar a comparabilidade dos dados. Em concordância com a autora, este estudo encontrou um sub-registro de 59,7% dos casos, quando utilizadas somente as informações do Sistema de Informação Hospitalar através do CID-O04, além de uma

prevalência maior de registros corretos no SIH quando o CID O04 era identificado no registro interno do serviço.

Considerando a não uniformidade dos serviços, ainda é importante ressaltar que o serviço com maior volume de atendimentos - Serviço A (46,2%) - também foi aquele que apresentou o menor percentual de registros no SIH, evidenciando a necessidade de padronização, uma vez que um único serviço pode impactar significativamente no sub-registro de todo o município. No caso desse serviço, havia uma grande quantidade de registros de aborto identificados apenas com o CID Y05 (agressão sexual através de força física), desta forma, impossibilitando a diferenciação entre os atendimentos que envolviam o aborto previsto em lei e aqueles voltados à pessoa em situação de violência sexual, sem a realização do aborto legal.

Muito se fala da pouca disponibilidade de informações sobre o aborto ilegal, no entanto, é intrigante saber que, mesmo os casos previstos em lei, não possuem registros minimamente precisos. Pensando no conceito de epidemiologia crítica apresentado por Jaime Breilh¹⁷, a epidemiologia deve ser utilizada como um instrumento de investigação, planejamento, monitoramento e fundamentação de ações e programas. Na base dessa análise, está a avaliação da necessidade em saúde. Porém, a “necessidade” é definida e usada conforme interpretações distintas, sendo a necessidade também uma construção social que sofre influência direta dos padrões culturais dominantes. Logo, sendo o aborto uma questão de complexa inserção social, a avaliação de seus dados não pode deixar de considerar o contexto em que vivemos. A falta de registros para fontes de dados que possibilitem a produção de trabalhos epidemiológicos, resultando na invisibilidade do aborto legal no modelo de saúde atual, também pode ser interpretada como um reflexo de tal situação. Chama atenção a dificuldade de se nomear o aborto legal como aborto. Para abordar essa questão com maior profundidade, outros estudos, de natureza qualitativa, seriam importantes. Assim, o presente estudo, pela ótica quantitativa, aparece como um trabalho de revelação de dados invisibilizados no sistema de informação do SUS, e uma análise em torno dos motivos da não nomeação do aborto previsto em lei suscita a necessidade de novas pesquisas.

Em conclusão, este trabalho oferece evidências que auxiliam no direcionamento de ações, como orientações técnicas para gestores e profissionais

da saúde, que tenham como objetivo aprimorar os registros do aborto previsto em lei, assim como aponta direções para novas pesquisas sobre o assunto. Desta forma, também traz uma contribuição para aumentar a visibilidade dos casos e promover uma reflexão crítica sobre a imprecisão e os sub-registros dos dados atuais.

Colaboradores

- 1 – Elaboração da proposta de pesquisa, coleta, produção de análise e revisão.
- 2 – Elaboração da proposta de pesquisa, produção de análise e revisão.
- 3 – Elaboração da proposta de pesquisa, produção de análise e revisão.

Referências

1. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940, alterado pela Lei nº 9.777, de 26 dezembro 1998 [Internet]. 1998 [citado 2. 2010 Fev 19]. Disponível em: http://gema.iesp.uerj.br/wp-content/uploads/2015/03/images_Publicações_legislacao_antiracista_CODIGOPENALDECRETOLEI_2848.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. Diniz D. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2):653-660, 2017.
4. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.
5. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.
6. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação hospitalar [Internet]. Brasília, 2018. [citado em 2 fev 2019]. Disponível:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>.

8. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.

9. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, Feb. 2016.

10. Fernández RR. Anencefalia: um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas. Citation Data Ciência & Saúde Coletiva, ISSN: 1678-4561, Vol: 10.2005.

11. Diniz D, Penalva J, Fagundes A, Rosas C. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1 [cited 2020-02-14], pp.1619-1624.

12. Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP. Anuário brasileiro de segurança pública. Edição Especial 2018. São Paulo; 2018.

13. Cerqueira D, Coelho D. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília: Ipea, 2014.

14. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893- 1993, cem anos de classificação internacional de doenças. Rev Saúde Pública, 1991; 25:407-17.

15. Cesar, C.L.G. Uso da Classificação Internacional de Doenças em inquéritos de saúde. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 4, Nº 2, 2001

16. Menezes GMS. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o Tema em um contexto de ilegalidade. Cad. Saúde Pública, 2020; 36 Sup 1

17. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006

Abstract

Legal abortion in Brazil is a poorly guaranteed right due to multiple access barriers. The challenge in obtaining reliable and easily accessible records that support monitoring and evaluation actions is another concerning issue related to the organization of the health system. Thus, this study aimed to evaluate the records related to the care provided to women who had legal abortions in the city of Porto Alegre from 2013 to 2018. For this, the records of all legal abortions performed at four reference services were evaluated *in loco*. These data were then cross-checked with the Hospital Information System (SIH) database. The prevalence ratio was obtained through Poisson Regression with robust variance. The number of cases of legal abortions identified on the medical records was 236, of which 95 were registered in SIH. The medical records that were registered with International Classification of Diseases (ICD) O04 (medical abortion) had a prevalence 3.02 (CI: 1.83 - 4.98) times higher of being registered also on the SIH compared to those identified with another ICD ($p < 0.001$). There was also a significant difference ($p < 0.001$) when comparing the prevalence ratio between services, showing that the number of legal abortion records found in the SIH changed significantly depending on the hospital. With the results found, it can be observed that the records are performed without standardization, which makes it difficult to obtain reliable information in the national health system database, increasing the invisibility of legal abortion in daily practices related to health care and health management. The present study also enabled the proposal of a technical document, with the intention of building a quick and accessible tool to guide professionals to fill out the ICD O04 in the medical records in all cases of abortions prescribed by law.

Keywords: legal abortion, medical records, International Classification of Diseases, information systems.

7 NOTA TÉCNICA 001

ORIENTAÇÃO SOBRE REGISTROS DE ABORTOS LEGAIS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

7.1 Considerações Iniciais

Esta nota técnica tem como objetivo propor um modelo de preenchimento de prontuários e autorizações de internações hospitalares (AIH) para os atendimentos de mulheres que realizam aborto legal.

Este documento apresenta a orientação apenas quanto ao preenchimento das guias e prontuários internos. As orientações relativas à atenção clínica para as mulheres que buscam o atendimento ao aborto previsto em lei estão detalhadamente descritas e foram validadas pelos seguintes documentos:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

7.2 Introdução

O aborto legal é um procedimento importante para a garantia da saúde das mulheres de forma integral, contemplando os seus direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, atualmente, dentro do sistema de informação hospitalar (SIH), há um grande número de sub-registros de abortos legais, uma vez que não há um código de procedimento específico.

O Código Internacional de Doenças (CID) do aborto é o CID-O04 (aborto por razões médicas). Contudo, muitos atendimentos de abortos legais entram no SIH com outros CIDs, como por exemplo, o CID Y05 (agressão sexual através de força física) ou o O269 (afecções ligadas à gravidez, não especificadas).

Considerando que:

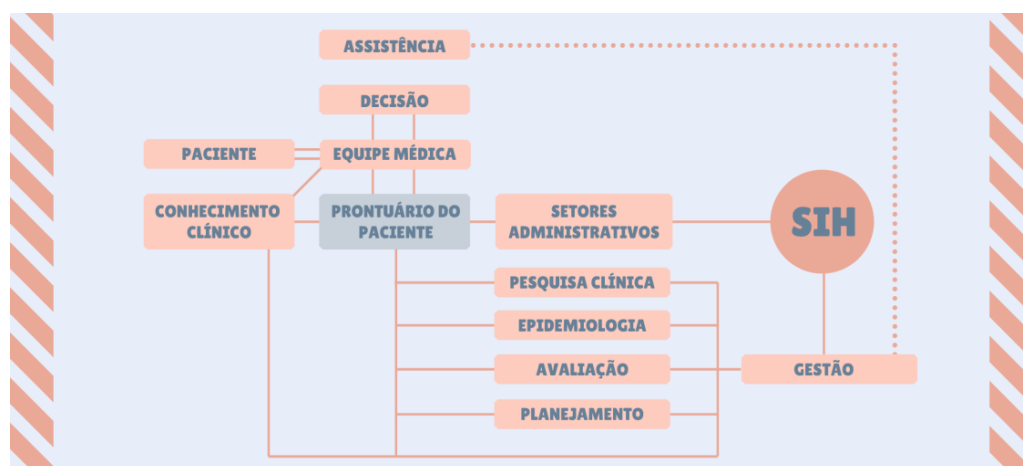
Registros imprecisos impossibilitam o planejamento adequado de ações por meio de políticas de saúde;

Em relação ao aborto, aumenta ainda mais a invisibilidade de um tema que já encontra inúmeras barreiras para a sua implantação efetiva na saúde pública.

Esta nota de orientação técnica tem por objetivo padronizar os registros do aborto previsto em lei em todos os hospitais de referência do Rio Grande do Sul por meio da utilização do CID O04.

7.3 A importância dos registros

A figura abaixo procura resumir a importância dos registros para a qualificação da assistência à saúde.



Nota-se, que a tomada de decisão médica quanto ao diagnóstico e ao preenchimento do prontuário é balizadora para o trabalho administrativo posterior. No entanto, é fundamental que todos os pontos dessa rede de trabalho estejam orientados quanto à melhor forma de preenchimento, para que a informação chegue ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS. A informação que consta no SIH será a fonte para o planejamento do SUS, inclusive quanto à distribuição de recursos.

7.4 Orientação prática

Orienta-se, que os preenchimentos dos registros de abortos legais sigam a padronização estipulada no quadro abaixo.

Quadro 2 - Normativa para uniformização do registro de procedimentos relacionados ao aborto legal.

Procedimento:	CURETAGEM UTERINA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU) PARTO/INDUÇÃO
CBO:	2251-25 - Médico clínico 2252-25 - Médico cirurgião geral 2252-50 - Médico ginecologista e obstetra
Categorias de CBO:	2251 2252 2231
CID Principal:	O04 - Aborto por razões médicas e legais
CID Secundários:	Y05 - Agressão sexual por meio de força física T74.2 - Abuso sexual Q00.0 - Anencefalia

A seguir, apresenta-se um modelo de cartaz que pode ser utilizado nas instituições como informativo.

NORMATIVA PARA O REGISTRO DO ABORTO PREVISTO EM LEI NO SUS



PROCEDIMENTO

Como o aborto legal não tem um procedimento específico, orienta-se a preencher os seguintes procedimentos sempre que possível:

CURETAGEM

AMIU

INDUÇÃO DO PARTO



CBO

2251-25 - Médico clínico

2252-25 - Médico cirurgião geral

2252-50 - Médico ginecologista e obstetra



CATEGORIAS DE CBO

2251

2252

2231



CID PRINCIPAL

O04 - Aborto por razões médicas e legais



CID SECUNDÁRIOS

Y05 Agressão sexual por meio de força física

T74.2 Abuso sexual

Q00.0 Anencefalia

Z35 Supervisão de gravidez de alto risco



JUSTIFICATIVA

Ressalta-se a importância do preenchimento correto do CID, tanto nos prontuários internos como no SIH, pois é a única forma de identificar a ocorrência de atividade no SUS.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A origem deste trabalho veio da dificuldade de se obter dados confiáveis relacionados aos abortos legais. Existe batente discussão em torno da dificuldade de obtenção de informações sobre o aborto ilegal; no entanto, mesmo os casos previstos em lei não possuem registros minimamente precisos, e estudos sobre esse tema ainda são pouco explorados.

O modelo atual de assistência em saúde reflete um contexto cultural em que a principal função social de mulher é a reprodução. Trabalhando na gestão, vejo diariamente a concentração de esforços na assistência materno-infantil. A vigilância do óbito materno, além de ter dados precisos gerados pelas declarações de óbitos, envolve um trabalho intenso de investigação e revisão obrigatória de todos os casos. Porém, quando falamos de aborto, não há sequer um código de procedimento dentro do SUS.

A invisibilidade dos dados dificulta qualquer trabalho de planejamento voltado para a qualificação dos serviços dentro da gestão pública. Desta forma, era preciso criar uma ferramenta que pudesse diminuir a imprecisão dos dados; mas, antes disso, era preciso entender como esses registros ocorriam de fato.

Portanto, esse trabalho também teve o objetivo de aproximar a pesquisa acadêmica da prática profissional. Foi utilizado o conhecimento da pesquisa epidemiológica para buscar evidências sobre os registros dos abortos legais. Com base nos resultados, foi criado um instrumento técnico de orientação para os hospitais quanto à melhor forma de registrar esses casos.

Destaco, ainda, que o maior desafio dessa pesquisa foi a coleta de dados, uma vez que eram quatro os serviços envolvidos e o tema, um tabu. Foi preciso muito diálogo e apoio das equipes assistenciais desses hospitais para que esse trabalho pudesse ser realizado. Apesar das barreiras, foi possível a sua finalização, e, certamente, os dados apresentados subsidiarão ações que retornarão como ferramenta de apoio para aprimorar os processos de trabalho dessas equipes, da gestão e do SUS. Os resultados desta pesquisa serão apresentados para cada um dos hospitais envolvidos, e a nota técnica será inserida como instrumento de gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

Este trabalho ainda poderá servir de base para futuras pesquisas, como, por

exemplo, a ampliação do estudo para os níveis estadual e nacional. Entender melhor como os sub-registros variam, dependendo das regiões, possibilitaria propor um fator de correção. Também, seria importante adicionar outras variáveis na análise, para entender outros aspectos que não foram contemplados neste estudo, como características sociodemográficas das mulheres e abordagens qualitativas para aprofundar o entendimento dos processos institucionais e individuais que envolvem a não nomeação do aborto previsto em lei. Por fim, o percurso para obtenção dos dados desta pesquisa é revelador de muitas das barreiras enfrentadas pelas próprias mulheres que buscam o aborto legal, merecendo um artigo à parte.

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos Registros de Aborto Legal no Estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador: Camila Glugliani

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06241619.5.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.159.096

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa do PPG em Epidemiologia da UFRGS - Nível Mestrado. Pelo Código Penal Brasileiro, o ato de provocar um aborto é considerado crime, exceto em três circunstâncias: para salvar a vida da gestante, em caso de anencefalia do feto e em casos de violência sexual. Contudo, o acesso ao atendimento do aborto previsto em lei é frequentemente obstruído pela escassez de serviços de referência públicos ou privados, pelo despreparo técnico das instituições, pela desarticulação da rede de atenção à saúde, pelo desconhecimento da legislação por parte da sociedade em geral e até por parte dos profissionais, por exigências desnecessárias e incorretas como a apresentação do boletim de ocorrência ou, ainda, pela objeção de consciência dos profissionais. Considerando que a garantia do direito das mulheres que buscam o aborto legal ainda é um desafio para o SUS e que, atualmente, não há dados consistentes sobre a prevalência desse atendimento no estado; e que não há um código específico para o registro do procedimento aborto previsto em lei para os sistemas de registros públicos. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar os registros do aborto previsto em lei nos hospitais de referência para este atendimento no estado do Rio Grande do Sul no período de 2013 a 2018. Os objetivos específicos são os seguintes: medir a prevalência de abortos previstos em lei no Rio Grande do Sul por meio dos prontuários e registros hospitalares; realizar uma análise descritiva dos casos de aborto previsto em lei; avaliar a forma de registro e armazenamento de dados dos hospitais de referência em seus sistemas próprios; cruzar as informações dos registros hospitalares próprios com as do SIH.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 01 de 07

Continuação do Parecer: 3.159.096

(sistema de Internação hospitalar); cruzar as informações dos registros hospitalares próprios com as do SINAN (sistema de notificação de doenças e agravos); propor uma nota técnica para o preenchimento padrão das AIHs (autorização de internação hospitalar) nos casos de aborto legal. Com a análise dos dados, pretende-se apresentar uma fundamentação para a construção de uma nota técnica estadual que oriente sobre o preenchimento das AIHs de forma padronizada para que o registro do aborto legal seja armazenado de maneira eficiente e fidedigna dentro dos sistemas de informação do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avallar os registros do aborto previsto em lei em quatro hospitais de referência para este atendimento no estado do Rio Grande do Sul e compará-los com os registros dos sistemas de informação do SUS.

Objetivo Secundário:

- Medir a prevalência de abortos previstos em lei no Rio Grande do Sul por meio dos prontuários e registros hospitalares;
- Realizar uma análise descritiva dos casos de aborto previsto em lei;
- Avallar a forma de registro e armazenamento de dados dos hospitais de referência em seus sistemas próprios;
- Cruzar as informações dos registros hospitalares próprios com as do SIH;
- Cruzar as informações dos registros hospitalares próprios com as do SINAN;
- Propor uma nota técnica para o preenchimento padrão das AIHs nos casos de aborto legal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa estão relacionados a confidencialidade dos dados dos prontuários e serão de responsabilidade do pesquisador.

Benefícios:

Como benefícios, entende-se que os resultados desta pesquisa trarão conteúdo de valor científico, até então, desconhecido para qualificação da assistência à saúde das mulheres (medida de prevalência do aborto previsto em lei no Rio Grande do Sul, análise descritiva da população e como isso está registrado nos sistemas de informação do SUS).

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília CEP: 90.036-903

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 3.159.096

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este será um estudo observacional retrospectivo para medir a prevalência de abortos legais realizados nos hospitais de referência para este procedimento no Rio Grande do Sul entre 2013 e 2018. A população analisada será o total de mulheres que realizaram o aborto previsto em lei no RS entre 2013 e 2018 nos serviços de referência. Serão avaliados todos os prontuários com o registro do CID O04, curetagens, aspiração manual intra-uterina (AMIU) e/ou utilização de misoprostol. A coleta de informação será realizada por meio dos registros dos sistemas de prontuários dos seis hospitais cadastrados para a realização do aborto legal no estado: Em um primeiro momento, participarão os hospitais de Porto Alegre:

- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre;
- Hospital Fêmea - Porto Alegre;
- Hospital de Clínicas - Porto Alegre;
- Em um segundo momento, sob anuência das respectivas instituições, serão incluídos os serviços de outras cidades: Hospital Universitário Ulbra Canoas – Canoas;
- Hospital Geral de Caxias do Sul – Caxias do Sul. Adicionalmente, serão coletados dados do SIH e do SINAN.

Não haverá contato pessoal ou qualquer tipo de interação com as pacientes estudadas. As variáveis estudadas serão: idade, escolaridade, raça/cor, naturalidade, município de residência, município de ocorrência, local do primeiro atendimento, local onde realizou o aborto, data, modalidade legal, método de interrupção, tipo de procedimento registrado para a liberação da AIH, CID registrado, CID secundário, tipo de gravidez, idade gestacional na primeira consulta, idade gestacional no momento do aborto, tempo de espera para realizar a procedimento, acesso às profilaxias de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a realização de pré-natal. Os instrumentos para coleta dos dados estão em anexo. O objetivo inicial será realizar uma análise descritiva da população estudada. Também será realizado um cruzamento de informações do banco de dados coletados diretamente dos serviços, com os bancos de registros nominais do SIH e SINAN da Secretaria Estadual de Saúde. A interseção dos dados será feita através de linkage dos bancos utilizando pelo menos 3 variáveis: identificação, local de residência e local de atendimento. O propósito será verificar se todas as mulheres que realizaram o aborto previsto em lei foram corretamente registradas e notificadas.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 3.159.096


Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 21 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

ANEXO B – Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DA LINHA Nº DA SUPLEN.	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF 16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSS/STENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSS/STENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANEXO C – Formulário de coleta de dados individual

1. Identificação (Cartão Nacional do SUS):

2. Idade:

3. Escolaridade:

1. Ensino fundamental incompleto
2. Ensino fundamental completo
3. Ensino médio incompleto
4. Ensino médio completo
5. Ensino superior incompleto
6. Ensino superior completo

4. Cor/raça:

1. Branca
2. Parda
3. Preta
4. Indígena
5. Amarela

5. Ocupação:

6. Município de Residência:

7. Local do Primeiro Atendimento:

8. Data do Primeiro Atendimento

9. CID preenchido na internação

10. Data do Aborto:

11. Hospital de Ocorrência do Aborto:

12. Causa prevista em lei:

1. Anencefalia
2. Violência Sexual
3. Risco de vida para a mulher

13. Método de Interrupção:

14. Tipo de procedimento registrado na AIH:

15. CID principal registrado:

16. CID secundário:

17. Idade Gestacional no Aborto:

18. História obstétrica (número de abortos e gestações anteriores)

Em caso de violência:

19. Realizou B.O

20. Violência crônica (sim/não)

21. Agressão identificável (sim/não)

22. Considerações sobre o caso

ANEXO D - Formulário para coleta de dados *Linkage*

Nome:

Cartão Nacional do SUS;

Local de residência:

Local de atendimento:

Data de internação da AIH