

JOSÉ GUILHERME CECATTI¹

GLÁUCIA VIRGÍNIA DE QUEIROZ LINS GUERRA²

MARIA HELENA DE SOUSA³

GREICE MARIA DE SOUZA MENEZES⁴

Aborto no Brasil: um enfoque demográfico

Abortion in Brazil: a demographic approach

Artigo original

Palavras-chave

Aborto/epidemiologia
Aborto induzido/epidemiologia
Aborto espontâneo/epidemiologia
Morbidade
Dados demográficos
Brasil

Keywords

Abortion/epidemiology
Abortion, induced/epidemiology
Abortion, spontaneous/epidemiology
Morbidity
Demographic data
Brazil

Resumo

OBJETIVO: avaliar a prevalência referida de abortamento espontâneo e induzido, em uma amostra de mulheres brasileiras entrevistadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996. **MÉTODOS:** análise secundária do banco de dados da PNDS de 1996 no Brasil, com informações de entrevistas com uma amostra representativa de 12.612 mulheres sobre sua vida reprodutiva, abordando a prevalência do abortamento espontâneo e induzido nos últimos cinco anos e os fatores associados para as diversas regiões e o total do país. O plano de amostragem foi implementado com uma estratégia de seleção em dois estágios, um para domicílios e outro para as mulheres. Estimou-se a prevalência de abortamento espontâneo e induzido no Brasil e regiões, e as características sociodemográficas das mulheres foram analisadas em função da experiência de aborto. Um modelo de análise de regressão multinomial foi utilizado para identificar os fatores independentemente associados com os dois tipos de aborto, relatando-se seu OR e respectivo IC95%. **RESULTADOS:** a prevalência do relato de aborto espontâneo foi de 14% e de induzido, 2,4% para todo o Brasil. O estado com maior prevalência de aborto induzido foi o Rio de Janeiro com 6,5%, seguido pela região Nordeste, com 3,1%. Os locais com menor prevalência foram o estado de São Paulo e a região Sul. Tanto para o aborto espontâneo como para o induzido, a prevalência aumenta com a idade da mulher. Ser da região urbana (OR=1,5; IC95%=1,0-2,3), ter tido mais de um filho vivo (OR=2,2; IC95%=1,5-3,2), e não ser de cor/raça branca (OR=1,4; IC95%=1,0-1,8) foram os principais fatores de risco para o aborto induzido. **CONCLUSÕES:** os fatores de risco não-modificáveis para abortamento induzido identificados neste estudo apontam para a necessidade de ações educativas e anticoncepcionais priorizadas para esses grupos demográficos específicos.

Abstract

PURPOSE: to evaluate the prevalence of spontaneous and induced abortion reported by a sample of Brazilian women interviewed in the National Demographic Health Survey of 1996. **METHODS:** this was a secondary analysis of the Brazilian DHS-96 database, with information from interviews with a representative sample of 12,612 women about their reproductive life, focusing on the prevalence of spontaneous and induced abortion in the last five years and the associated factors for the various regions of the country and for Brazil as a whole. The sampling method was implemented with a strategy selection in two stages, one for the households and the other for women. The prevalence of spontaneous and induced abortion was estimated for Brazil and regions, and the socio-demographic characteristics of the women were analyzed as a function of the abortion's experience. A multinomial regression model analysis was used for the identification of factors independently associated with both types of abortion; their OR and respective 95% CI are reported. **RESULTS:** the prevalence of reported spontaneous abortion was 14% and the prevalence of induced abortion was 2.4% for the country as a whole. The state with the highest prevalence of induced abortion was Rio de Janeiro with 6.5%, followed by the Northeast region with 3.1%. The places with the lowest prevalence were the state of São Paulo and the South region. Both spontaneous and induced abortion showed higher prevalences with increasing age of the women studied. Being from the urban area (OR=1.5; 95%CI=1.0-2.3), having had more than one live child (OR=2.2; 95%CI=1.5-3.2) and being non-white (OR=1.4; 95%CI=1.0-1.8) were the main risk factors for induced abortion. **CONCLUSIONS:** the non-modifiable risk factors for induced abortion identified in this study indicate the need for improvement of educational and contraceptive actions, with priority for these specific demographic groups.

Correspondência:

José Guilherme Cecatti
Departamento de Tocoginecologia do Centro de Atenção Integrada
à Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas – DTG/
CAISM/UNICAMP
Rua Alexander Fleming, 101
CEP 13083-970 – Campinas (SP), Brasil
E-mail: cecatti@unicamp.br

Recebido

23/9/09

Aceito com modificações

29/12/09

¹ Professor Titular de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil; Estatístico do Centro de Estudos em Saúde Reprodutiva de Campinas – CEMICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Professora Titular de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP); Médica do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – IMIP – Recife (PE), Brasil.

³ Estatística do Centro de Estudos em Saúde Reprodutiva de Campinas – CEMICAMP – Campinas (SP), Brasil.

⁴ Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

Conflito de interesses: os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como o procedimento utilizado para interromper uma gravidez, realizado por pessoas não-habilitadas ou em ambiente não-adequado¹. Abortos inseguros ocorrem em países onde as leis são restritivas ao procedimento ou naqueles onde é legal, porém, o acesso das mulheres aos serviços de saúde é dificultado. A distinção entre aborto seguro e inseguro é importante pelas diferentes implicações à saúde das mulheres, do ponto de vista da saúde pública².

Mundialmente, a prevalência de aborto inseguro é estimada em 19 a 20 milhões, dos quais 97% pertence a países em desenvolvimento. Em 2000 ocorreram 14 abortos induzidos por 1.000 mulheres entre 15 a 44 anos³. A maior prevalência é para a América Latina com 20 abortos por 1.000 mulheres entre 15 a 44 anos³. The Alan Guttmacher Institute estimou para o início dos anos 1990, uma taxa de abortamento induzido no Brasil de 36.5/1000 mulheres⁴.

A relação direta entre o aborto inseguro e a morte materna é uma grande preocupação e motivo de luta para a sua legalização⁵. Os 19 milhões de abortos realizados anualmente de forma insegura no mundo resultam em aproximadamente 68.000 mortes de adolescentes e mulheres adultas, representando 13% de óbitos maternos⁶. Na América Latina e no Caribe, o aborto é responsável por 12% da mortalidade materna, sendo a quarta causa dos óbitos por estas causas, embora em algumas regiões da América Latina seja responsável por 30% delas. Uma proporção tão elevada de morte materna por abortamento provavelmente está relacionada às leis restritivas à legalização do aborto⁷.

No Brasil, persiste uma importante subnotificação das mortes por aborto, já que muitos óbitos devido à septicemia e hemorragia decorrentes de complicações de abortamentos não são devidamente computados⁷. Apesar da subnotificação dos abortamentos nas declarações de óbitos, em 2002, um estudo nas capitais brasileiras, com utilização de um fator de correção, permitiu identificar que o abortamento correspondia à terceira causa de morte materna (11,4%)⁸.

A ocorrência de aborto inseguro tem diminuído, principalmente nas regiões desenvolvidas, com uma redução importante também nos países do Leste Europeu. Em 1995, nesses países, estimava-se uma taxa de abortamento de 90 por 1000 mulheres, com redução para 44 por 1000, em 2003². Este declínio resultou de um conjunto de ações relacionadas não só à melhoria do acesso a contraceptivos eficazes, mas também à legalização do aborto. A maioria dos abortamentos nos países desenvolvidos (92%) ocorre de forma segura, enquanto 97% dos abortamentos nos países em desenvolvimento acontecem de forma insegura².

O aborto induzido é um tema polêmico que envolve questões religiosas, culturais, e políticas⁶. Os dados existentes sobre sua ocorrência são imprecisos, mesmo onde sua prática é legal². Em países que criminalizam o procedimento, esses dados são ainda mais difíceis de serem obtidos.

No Brasil, a magnitude do abortamento inseguro não é conhecida com exatidão, devido a seu caráter ilegal, pois o aborto só é permitido em caso de estupro ou risco de vida materno⁹. Em casos de malformações fetais (acrania e, especialmente, anencefalia), condições incompatíveis com a vida extrauterina, o aborto tem sido realizado no país apenas após autorização judicial¹⁰.

Por meio da avaliação de uma série histórica de hospitalizações de 1992 a 2005 na rede pública, registradas no Sistema de Informação Hospitalar, do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), foram encontrados 1.054.242 internamentos por abortos, isto é, uma taxa média de 2,07 abortos por 100 mulheres entre 15 a 49 anos de idade. Constata-se uma tendência de redução das internações por abortamento até 1996 e, após esse período, ocorreu uma estabilização até 2005 em todas as regiões e para todos os grupos etários. Entretanto, as desigualdades regionais permanecem¹¹.

No país foram identificados poucos estudos de base populacional sobre o tema com amostras representativas da população, sendo a maioria de abrangência local. As mulheres, em geral, omitem a informação sobre a prática de aborto quando questionadas de forma direta¹².

Alguns inquéritos realizados no país adotaram estratégias específicas objetivando garantir a privacidade das respostas e o anonimato das mulheres, utilizando-se a Técnica de Resposta ao Azar (TRA)¹³ ou o Método da Urna¹⁴. Os estudos que utilizam a TRA mostram maior frequência de aborto pela garantia da confidencialidade da informação. Em 1987, um estudo transversal de base populacional, em uma zona urbana de São Paulo, obteve com a TRA um valor cinco vezes superior àquele obtido pelo método direto. Por este último estimou-se que 8,2% das gestações terminavam em aborto, enquanto que, pela TRA, este percentual elevou-se para 31,3%, sendo mais compatível com outras informações locais disponíveis sobre a frequência do aborto¹³. Em Pelotas/RS, o relato de aborto induzido também difere quanto ao método utilizado de investigação, com 7,2% para o Método da Urna e 3,8% para o método das questões indiretas¹⁵.

A ilegalidade do aborto não tem sido impedimento para que ocorra de forma indiscriminada nas diferentes classes sociais no Brasil, mas certamente o fato de ter, ou não, uma complicação pós-aborto é sócio e economicamente dependente¹⁵. O relato de abortamento foi maior entre os rapazes (12,4%) quando se referiam às suas parceiras do que a relatada pelas próprias mulheres (7,7%)¹⁶. Embora

a gravidez tenha sido um evento mais raro entre jovens de maior renda familiar e maior escolaridade, quando grávidas, estas recorriam mais ao aborto e o faziam em condições mais seguras¹⁷.

O aborto realizado de forma insegura, em contextos de ilegalidade, tal qual a situação brasileira, resulta em graves consequências para a sociedade, pois afeta a saúde da mulher, com elevada morbidade e mortalidade. Por outro lado, sobrecarrega o sistema de saúde, implica em custos, reduz a produtividade e ainda traz repercussões familiares, além de estigmatizar a mulher^{2,6}.

Por ser o aborto ainda uma importante causa de morte materna, um tema difícil de ser abordado e ter diversas implicações à saúde, propõe-se analisar os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada no Brasil, em 1996 (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar, 1997)¹⁸. A PNDS integra o programa de Inquéritos de Demografia e Saúde (DHS), realizada em vários países, com o intuito de consolidar dados sobre aspectos da saúde reprodutiva. Apesar da inserção de questões sobre aborto nas duas pesquisas realizadas no país em 1986 e 1996, suas respostas não foram incluídas nas respectivas publicações. Portanto, o conhecimento do resultado deste último inquérito demográfico poderá somar conhecimentos à situação atual.

Métodos

Este estudo refere-se a uma análise secundária da base de dados da PNDS que foi realizada no Brasil em 1996¹⁸. A autorização para a utilização destes dados do Demographic and Health Survey (DHS) foi obtida da Macro International Incorporation. O estudo original foi conduzido seguindo os padrões éticos estabelecidos pela Declaração de Helsinki, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética Local.

O plano de amostragem da PNDS-96 utilizou, inicialmente, o marco amostral da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1995, implementada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sete regiões: Rio de Janeiro, São Paulo, Centro-Leste (Minas Gerais e Espírito Santo), Sul, Nordeste, Norte

(área urbana) e Centro-Oeste. Dessa forma, a PNDS-96 foi uma subamostra probabilística da PNAD-95, selecionada em dois estágios: o primeiro consistiu na seleção de domicílios, em que se considerou a representatividade de cada setor.

Para estratificação, os setores censitários foram agrupados por área de residência urbana e rural dentro de cada unidade da Federação. Também foram obtidos os pesos de amostragem (ponderação) devido ao fato de não se ter amostra autoponderada. No final foram obtidas informações para uma amostra total de 13.283 domicílios, tendo sido entrevistadas 12.612 mulheres de 15 a 49 anos de idade, correspondendo a uma taxa de resposta combinada de 80,6%, para domicílios (93,2%) e mulheres (86,5%)¹⁸. Embora os eventos reprodutivos tenham sido detalhados neste inquérito apenas para os cinco anos anteriores à entrevista, as informações genéricas sobre aborto espontâneo e induzido aqui analisadas referem-se a toda vida reprodutiva das mulheres entrevistadas.

Inicialmente, analisou-se a prevalência de abortamento espontâneo e induzido no Brasil e nas sete regiões. A seguir, as características sociodemográficas das mulheres foram analisadas em função da experiência de aborto: espontâneo, provocado ou nunca ter abortado. Por último, um modelo de regressão multinomial foi realizado para identificar os fatores individualmente associados com o aborto espontâneo e induzido (em relação às que nunca abortaram), estimando-se o OR ajustado e seu respectivo IC de 95%. Em todas as análises foram consideradas as características do plano complexo de amostragem: estrato, conglomerado e ponderação. O software utilizado foi o Stata v.7.0.

Resultados

Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada no Brasil em 1996, de uma amostra total de 16.451 domicílios inicialmente selecionados, 12.612 mulheres em idade fértil foram entrevistadas. Desse total, 14% referiram alguma vez ter tido exclusivamente abortos espontâneos e 2,4% referiram ter induzido (provocado) pelo menos um aborto. A maior proporção de aborto espontâneo foi declarada por mulheres residentes no Nordeste (16%) e a

Tabela 1 - Distribuição percentual das mulheres segundo experiência de aborto, por região do Brasil¹⁸

Experiência aborto	Região*							Total
	RJ	SP	S	CL	NE	N	C-O	
Nunca abortou	79,0	85,0	86,8	85,6	80,8	85,0	84,4	83,6
Aborto espontâneo	14,5	13,7	11,5	13,2	16,0	12,7	14,3	14,0
Aborto provocado	6,5	1,3	1,7	1,2	3,1	2,3	1,3	2,4
Total de mulheres	800	1.355	1.571	1.368	4.772	1.340	1.406	12.612
Total ponderado	1.208	2.681	2.136	1.550	3.467	614	957	12.613

RJ (Estado do Rio de Janeiro); SP (Estado de São Paulo); S (Região Sul); CL (Região Centro-Leste); NE (Região Nordeste); N (região Norte); C-O (Região Centro-Oeste).

*p < 0,001 (estatística c2 com base no delineamento complexo).

menor por aquelas da região Sul (11,3%). Quanto ao relato de aborto provocado, as maiores prevalências foram no Rio de Janeiro (6,5%) e no Nordeste (3,1%) e as menores em estados do Centro-Leste (1,2%), em São Paulo (1,3%) e na região Centro Oeste (1,3%). A maioria das mulheres entrevistadas relatou nunca ter abortado (Tabela 1).

Tanto o relato de aborto espontâneo, como o de provocado, aumentou com a idade das mulheres, com as maiores proporções sendo registradas entre aquelas de mais de 35 anos de idade (3,9%). A menção ao aborto espontâneo predominou entre residentes da zona rural (16,1%), enquanto que a referência ao aborto provocado foi mais frequente entre entrevistadas de área urbana.

O relato de ter tido um aborto provocado não foi diferente entre católicas e evangélicas, sendo mais elevado entre as mulheres que referiram não ter qualquer religião (3,7%) ou outro credo (4,4%). Tanto o abortamento espontâneo como o provocado foi mais frequentemente mencionado pelas mulheres não-brancas e com mais de um filho nascido vivo. Também as entrevistadas casadas ou que viviam junto com o companheiro, bem como as mulheres que referiam não ter escolaridade declararam mais frequentemente eventos provocados e espontâneos. O relato de aborto provocado, entretanto, foi maior entre mulheres que consideravam como ideal ter apenas um filho (3,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição percentual das mulheres segundo experiência de aborto, por variáveis sócio-demográficas¹⁸

Variáveis	Experiência de aborto			Total ponderado	Valor de *p
	Não	Espontâneo	Provocado		
Idade (anos)					<0,001
15-19	97,8	1,8	0,5	2.464	
20-24	92,1	6,2	1,7	1.893	
25-29	87,0	10,8	2,2	1.937	
30-34	82,2	15,4	2,3	1.918	
35-39	75,2	21,8	3,0	1.733	
≥40	68,5	27,0	4,5	2.669	
Tipo do lugar de residência					<0,005
Urbano	83,9	13,5	2,6	10.342	
Rural	82,2	16,1	1,7	2.270	
Escolaridade ^a					<0,001
Nenhuma	69,7	26,6	3,7	655	
Primário	79,2	18,7	2,2	4.144	
Secundário	87,5	10,2	2,4	6.975	
Superior ou maior	84,3	12,9	2,8	835	
Religião					<0,001
Nenhuma	85,4	10,9	3,7	605	
Evangélica	82,4	15,3	2,3	1.652	
Católica	83,9	14,0	2,1	9.651	
Outra	81,4	13,4	5,1	704	
Cor/raça ^b					<0,001
Branca	85,1	13,1	1,9	5.526	
Outra	82,5	14,7	2,8	7.077	
Número de filhos nascidos vivos					<0,001
Até 1	93,1	5,6	1,3	6.210	
> 1	74,4	22,1	3,5	6.402	
Situação conjugal					<0,001
Casada/ vive junto	77,5	19,6	2,9	7.584	
Outro	92,8	5,5	1,7	5.028	
Número ideal de filhos ^c					<0,001
Até 1	83,3	13,5	3,2	2.491	
2	87,4	10,6	2,0	5.949	
>2	78,2	19,2	2,6	4.059	
Outra resposta/não sabe	80,6	18,1	1,4	108	
Trabalhava à época da entrevista ^d					<0,001
Sim	82,0	15,0	2,9	6.437	
Não	85,2	12,9	1,9	6.155	

Dados sem informação: a - 3 mulheres; b - 16 mulheres; c - 4 mulheres; d - 21 mulheres *Estatística c2 com base no delineamento complexo.

Tabela 3 - Variáveis associadas ao relato de pelo menos uma experiência de aborto pela análise múltipla por regressão multinomial¹⁸

Variáveis sócio-demográficas	Experiência de aborto *	
	Espontâneo OR (IC 95%)	Provocado OR (IC 95%)
Idade (anos)	1,07 (1,06-1,07)	1,06 (1,04-1,07)
Número de filhos nascidos vivos (>1 x ≤1)	1,80 (1,51-2,14)	2,22 (1,52-3,25)
Região (x Rio de Janeiro: ref.):		
São Paulo	0,86 (0,65-1,12)	0,20 (0,11-0,35)
Sul	0,65 (0,49-0,85)	0,27 (0,17-0,44)
Centro-Leste	0,81 (0,60-1,11)	0,20 (0,12-0,34)
Nordeste	1,12 (0,87-1,42)	0,56 (0,41-0,78)
Norte	0,88 (0,65-1,19)	0,34 (0,23-0,50)
Centro-Oeste	0,88 (0,65-1,17)	0,20 (0,12-0,36)
Tipo do lugar de residência (urbano versus rural)	1,03 (0,87-1,22)	1,56 (1,05-2,32)
Escolaridade (secundário ou > versus até primário)	0,78 (0,68-0,89)	1,24 (0,96-1,61)
Religião (alguma versus nenhuma)	1,01 (0,74-1,39)	0,59 (0,38-0,92)
Cor/Raça (outra versus branca)	1,10 (0,96-1,25)	1,41 (1,05-1,89)
Estado marital (casada/vive junto versus outro)	2,10 (1,77-2,49)	1,13 (0,82-1,56)
NIF# (>1 ou outra resposta/ não sabe versus até 1)	0,90 (0,77-1,04)	0,68 (0,50-0,92)
Trabalhava à época da entrevista (sim versus não)	1,10 (0,97-1,26)	1,41 (1,08-1,85)

#NIF: número ideal de filhos; *em relação ao grupo que nunca abortou.

Analisando-se os fatores que estiveram independentemente associados ao aborto espontâneo, chamam a atenção: maior idade materna (OR = 1,07; IC95% = 1,06-1,07), número de filhos nascidos vivos maior que um (OR = 1,80; IC95% = 1,51-2,14), não ser da região Sul (OR = 0,65; IC95% = 0,49-0,85), ter menor escolaridade (OR = 0,78; IC95% = 0,68-0,89) e ter parceiro estável (OR = 2,10; IC95% = 1,77-2,49). Para o aborto provocado, estiveram independentemente associados, além da idade maior que 35 anos e ter mais que um filho nascido vivo, ser residente no Rio de Janeiro, viver em área urbana (OR = 1,56; IC95% = 1,05-2,32), ter alguma religião (OR = 0,59; IC95% = 0,38-0,92), não ser de cor/raça branca (OR = 1,41; IC95% = 1,05-1,89), considerar como ideal ter até um filho e ter mencionado estar trabalhando no momento da entrevista (Tabela 3).

Discussão

A prevalência do aborto provocado ou induzido não é conhecida com exatidão. O motivo que leva as mulheres a omitir a informação sobre ter induzido o aborto não é exatamente apenas preocupação com a questão da ilegalidade do ato em si, mas também questões emocionais e psicológicas envolvidas¹⁹. Nesse estudo, 2,4% das entrevistadas relataram pelo menos um aborto provocado/induzido, o que corresponde à prevalência de 24 abortos por 1.000 mulheres, concordando com a prevalência relatada por outros estudos^{11,2}, porém divergindo dos dados relatados para o Brasil de 8,1 abortos/1.000 mulheres em 1991⁵.

O relato de abortos provocados no Rio de Janeiro é bem maior que a média nacional. Não há informações

suficientes no banco de dados que possam explicar completamente porque no Rio de Janeiro o recurso ao aborto induzido ou provocado é tão mais praticado ou referido, merecendo futuras investigações.

Neste estudo, tanto a referência ao aborto espontâneo como ao provocado foram crescentes segundo a idade das mulheres, com maior prevalência entre aquelas de 35 anos e mais, concordando com outra investigação¹⁵. Entretanto, é possível que entre mulheres mais jovens tenha havido maior omissão de relato de aborto, como já documentado¹³. Além disso, pode-se cogitar não apenas o efeito de declaração, mas também que, em se tratando da mensuração de um evento ao longo da vida, quanto maior a idade, maior o tempo de exposição à gravidez e ao aborto.

Na presente análise observa-se, ainda, que não ter escolaridade foi um fator significativamente associado com a indução do aborto, concordando com outro estudo que constatou maior risco para abortamento induzido entre mulheres com apenas até quatro anos de escolaridade²⁰. Certamente, condições socioeconômicas desfavoráveis devem se relacionar com dificuldades para o acesso a informações e aos métodos adequados para se evitar uma gestação indesejada, e o abortamento induzido funcionaria como um método de planejamento familiar para mulheres mais carentes, o que é preocupante, pois provavelmente seria realizado de forma insegura, contribuindo para a morbimortalidade materna.

Não ter religião ou citar outros credos esteve associado ao abortamento induzido. De fato, outro estudo concluiu ser a religião católica um fator protetor para a interrupção da gravidez¹⁵. No entanto, em outros estudos, a religião não esteve associada a modificações na frequência da declaração de aborto provocado¹⁷.

Ter mais de um filho nascido vivo esteve associado positivamente tanto com o relato de aborto espontâneo como induzido, o que é semelhante ao relatado em outro estudo²⁰. Morar na zona urbana também esteve associado à maior declaração de abortamento induzido, provavelmente pelo maior conhecimento e mais fácil acesso aos métodos abortivos.

De uma maneira geral, os resultados encontrados não constituem uma novidade, embora não seja possível afastar a possibilidade de subrelato. Os fatores associados ao abortamento, sobretudo o induzido ou provocado, são aqueles referidos pela maioria dos autores que estudou o tema.

O ineditismo do presente trabalho encontra-se na perspectiva de análise dos dados já existentes, de um grande inquérito demográfico nacional, ainda não completamente explorado com relação a todas as informações sobre a saúde reprodutiva das mulheres entrevistadas. O rigor metodológico do estudo, sua abrangência e representatividade nacional conseguidos com as técnicas demográficas e estatísticas empregadas, permitem mostrar um perfil do abortamento espontâneo e induzido no Brasil, que se supõe bastante próximo ao real, ao menos na época em que o inquérito foi realizado. Embora estes dados tenham sido obtidos há 13 anos, o que poderia inclusive representar uma limitação aos resultados da presente análise, eles são de fato inéditos porque nunca foram explorados e não há outros resultados obtidos de

estudos populacionais e representativos de todas as regiões do país. Isso permitirá a comparação destes resultados com abordagens semelhantes que se façam com as informações do último inquérito demográfico em saúde, realizado no país em 2007, a ser brevemente disponibilizado. Mais ainda, comparações desse perfil com o de outros países, sobretudo latino-americanos, seriam de grande interesse e são possíveis utilizando os bancos de dados destes no Demographic Health Surveys, realizados anteriormente em países da região.

Concluindo, nos dados da pesquisa PNDS 1996, as mulheres que relataram algum aborto espontâneo ou induzido apresentaram características sociodemográficas semelhantes quanto à idade e ao número de nascidos vivos. Entretanto, as mulheres que referiram ter tido um aborto induzido mais frequentemente não eram de cor/raça branca, residiam em áreas urbanas, particularmente no Rio de Janeiro, mencionaram não ter religião e estar trabalhando à época da entrevista. A menor escolaridade e a declaração de cor/raça não-branca estiveram indiretamente associadas à pobreza e, conseqüentemente, com maior risco para o aborto induzido de forma insegura e maior risco de morte. Os fatores de risco não-modificáveis para abortamento induzido identificados neste estudo apontam para a necessidade de ações educativas e de garantia de acesso à anticoncepção, que devem ser priorizadas para esses grupos demográficos específicos.

Referências

1. World Health Organization. World health report 2005: make every mother and child count. Geneva: WHO; 2005.
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;370(9595):1338-45.
3. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FA, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-19.
4. Singh S, Wulf D. An overview of clandestine abortion in Latin America [Internet]. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1996 [cited 2009 Apr 14]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/ib12.pdf>
5. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*. 2006;368(9550):1887-92.
6. Mesce D, Sines E. Unsafe abortion: facts & figures. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2006.
7. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74.
8. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(4):449-60.
9. Brasil. Código Penal: Decreto lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [Internet]. Brasília, DF; 1940 [citado 2008 Abr 29]. Disponível em: http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf
10. Werner L. Juiz autoriza aborto de bebê com anencefalia [Internet]. O Estado de São Paulo. 2008 Jan 19 [citado 2009 Abr 29]. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/clipping/janeiro-2008/juiz-autoriza-aboro-de-bebe-com-anencefalia>
11. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005) [Internet]. Anais do 15° Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2006 Set 18-22; Caxambu, Brasil [citado 2009 Abr 29]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>
12. Osís MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(5):444-51.
13. Silva RS. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. *Rev Bras Estud Popul*. 1993;10(1/2):41-56.

14. Silva RS. O impacto do aborto ilegal na saúde reprodutiva: sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. *Saúde Soc.* 1997;6(1):53-75.
15. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;15(5):331-6.
16. Aquino EML, Araújo MJ, Almeida MC, Menezes GM. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.* Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond; 2006. p. 310-63.
17. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(7):1431-46.
18. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar (BENFAM). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996.* Rio de Janeiro: BENFAM; 1997.
19. Hardy E, Rebello I, Rodrigues T, Moraes TM. Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. *Rev Ginecol Obstet.* 1991;2(3):111-6.
20. de Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LO, Santos LC. Reasons for hospitalization due to abortion and pregnancy termination. *J Trop Pediatr.* 1999;45(1):31-6.