

Tendências do aborto induzido no Brasil entre 2000 e 2010 a partir de estimação indireta dos registros hospitalares ¹

Erica Erthal Risi²

Suzana Cavenaghi³

Resumo

Sob o espectro de estigmas e censura moral associada em quase todas as culturas do mundo, é impossível mascarar a realidade: milhões de mulheres interrompem gravidezes indesejadas todos os anos, independente da situação jurídica no país onde residem. Quase metade é realizada em países onde predominam leis que criminalizam o aborto e em condições inseguras, sendo esta a realidade na maioria dos 34 países da América Latina e Caribe que adota uma posição rigorosa quanto à prática do aborto - e o Brasil não é exceção. Ademais, é difícil estimar o número de abortos dada a sensibilidade em torno do tema, o que torna muito difícil a condução de pesquisas confiáveis. Como resultado, existem evidentes lacunas na documentação sobre a incidência e a morbidade relacionada ao aborto em países que criminalizam o aborto. O objetivo deste trabalho é apresentar uma atualização das estimativas de aborto induzido no Brasil a partir das estatísticas de hospitalização por abortamento em nível nacional e regional, utilizando como fonte de dados o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) para os anos de 2000 a 2010. A estimativa das taxas de aborto é realizada pelo método conhecido como AICM, proposto por Singh e colegas, após ajustes necessários para os dados brasileiros. Os resultados indicam que as taxas de aborto induzido estão diminuindo no Brasil e em todas as regiões (exceto no Norte), embora a incidência do aborto induzido ainda seja alta para um país onde o uso de contracepção é alto, indicando falhas importantes na utilização da contracepção que deveriam sanadas. Outros achados importantes se referem à idade da mulher: à medida que aumenta a idade da mulher, aumenta exponencialmente o número de internações por aborto em relação ao número de nascidos vivos, enquanto diminuem as taxas de aborto em relação à população feminina em idade fértil (15-49 anos).

Palavras-chave: *aborto induzido; estimativas, métodos indiretos; Brasil; AICM.*

¹ Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

² Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE-IBGE), e-mail: erica.risi@gmail.com.

³ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE-IBGE), e-mail: suzana.cavenaghi@ibge.gov.br.

1. Importância das estimativas do aborto induzido

Induzir o aborto em caso de gravidez não desejada é um dos métodos mais antigos para regulação da fecundidade e, provavelmente, o mais difundido no controle da natalidade em alguns países. O tema suscita debates em quase todas as sociedades e envolve questões paradoxais, pois continua sendo alvo de censura e discriminação social, política e religiosa, mesmo que a maioria das pessoas se envolva, direta ou indiretamente, com um evento de aborto pelo menos uma vez na vida (Faúndes, 2009).

O aborto ilegal, além de ser um problema de saúde pública, é um dos maiores problemas de negligência à saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2004; BRASIL, 2009), pois as restrições impostas à autonomia reprodutiva violam os direitos humanos e, em especial, os direitos das mulheres (Ventura, 2009). Também intensifica as desigualdades sociais e de gênero, expondo mulheres menos favorecidas a maiores riscos de complicações, de infecções e de morte. Além de importante causa de morbimortalidade materna no Brasil (Laurenti, 2004), a incidência de aborto afeta a dinâmica demográfica do país, na medida em que contribui para reduzir ainda mais as taxas de fecundidade, que vêm declinando pela expansão do uso de métodos contraceptivos. Reforça-se a necessidade de uma política permanente de planejamento familiar para as mulheres em idade reprodutiva que não querem filhos ou desejam espaçar os nascimentos.

Em que pesem os argumentos a favor da necessidade de ampliar a discussão pública sobre o aborto provocado, o estado brasileiro não responde de forma adequada à questão da gravidez não desejada, apesar de ser signatário das Conferências de População e Desenvolvimento de 1994 e de Conferência das Mulheres de 1995. A legislação sobre o aborto é restritiva, sendo permitido legalmente em apenas três situações: em casos de risco de vida para a mulher de gravidez resultante de violência sexual (Brasil, 1994) e, mais recentemente (maio de 2012), o Supremo Tribunal Federal julgou ser legal o aborto quando o feto for anencefálico. Tampouco o país reconhece a interrupção voluntária da gravidez como um problema social e de saúde pública, ainda que as complicações de aborto sejam responsáveis por 12,5% dos óbitos por causas maternas registrados no país, e que em alguns estados situe-se como a terceira causa de mortalidade materna. Tanto leis quanto políticas públicas são insuficientes para enfrentar o problema, faltando medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva.

Como resultado, a criminalização e sensibilidade relacionadas ao tema criam evidentes lacunas na documentação do aborto e dificultam a condução de levantamentos apropriados. A situação de ilegalidade na qual o abortamento é realizado no Brasil afeta a existência de estatísticas confiáveis que subsidiem a implementação de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente. Neste panorama cresce a necessidade de estudos sobre as internações hospitalares disponíveis, indicadores e estimativas que promovam e acompanhem os serviços de planejamento familiar e o atendimento das mulheres em situação de abortamento. O objetivo deste trabalho é, portanto, estimar as taxas de aborto induzido com a aplicação da metodologia indireta a partir de internações hospitalares, conhecida como AICM, para o Brasil, grandes regiões e por faixa etária da mulher para a década de 2000.

2. Estimação do aborto induzido: dados e método

A principal barreira para obter uma estimativa confiável dos níveis de aborto é a dificuldade em relação às fontes de dados de boa qualidade, pois a obtenção destes depende diretamente do contexto jurídico no qual o aborto ocorre. Existe uma vasta disponibilidade de informações sobre o aborto induzido em países onde as leis são liberais - mas, por razões óbvias, as condições são muito menos documentadas em países onde o procedimento é proibido ou severamente restrito. Adicionalmente, por envolver censura e estigmas sociais, morais e religiosos, esta condição implica na dificuldade do relato e tende a ser não declarado pelas mulheres. Muitas relutam em admitir um aborto induzido, especialmente quando é ilegal, mas também quando é legal (Menezes e Aquino, 2009).

A investigação do aborto requer cuidados metodológicos específicos e as informações são obtidas por meio de estimativas realizadas por instituições governamentais ou não. Estas estimativas podem ser construídas utilizando técnicas diretas ou indiretas e baseadas em diversas fontes: registros oficiais de mulheres hospitalizadas para tratamento de complicações, estudos hospitalares, entrevistas domiciliares, pesquisas amostrais sobre práticas médicas, entre outras. Nos estudos de base populacional (técnicas diretas) as estimativas de aborto são

resultado de pesquisas amostrais, probabilísticas ou não⁴. Os entrevistados respondem a perguntas pré-definidas por meio de questionários autodeclarados, durante a internação hospitalar da mulher ou combinando coleta de informação e técnicas de amostragem fora do ambiente hospitalar. Um dos pontos fortes dessas técnicas é a possibilidade de se obter informações sobre características demográficas, sociais e econômicas das mulheres entrevistadas, ajudando a compreender melhor quais os métodos utilizados para interromper a gravidez indesejada e as barreiras que as mulheres enfrentam no processo pré e pós-abortamento. Apesar de muito enriquecedoras, as pesquisas amostrais realizadas no Brasil até o momento não asseguram a completa fidedignidade no relato do aborto induzido, dadas suas limitações e restrições quanto à extrapolação dos seus resultados como parâmetro nacional. Ademais uma significativa proporção de mulheres se sente constrangida e temerosa em declarar suas experiências e os resultados destas pesquisas estão sujeitos a serem não representativos para todas as mulheres, pois a subdeclaração pode variar de acordo com determinadas características das mulheres (como idade, estado civil, condição social, etc.). Assim, as estimativas encontradas nas pesquisas amostrais podem ser tanto subnotificadas quanto tendenciosas.

Para contornar as limitações inerentes à pesquisa de base populacional, em países onde o aborto induzido é uma prática ilegal, a incidência de aborto induzido pode ser estimada a partir de registros de internação por abortamento. Estas estimativas geralmente partem das internações em consequência de complicações por abortamento, e dependem de registros históricos hospitalares, que devem ser acessíveis e de boa qualidade. No Brasil, identificar e utilizar dados nacionais já existentes pode ser muito vantajoso, pois as informações são relativamente fáceis de acessar e estão disponíveis de forma gratuita pelo Sistema de Informações Hospitalares - SIH-SUS (Levin, 2006).

Ainda que com limitações, o SIH-SUS é uma importante fonte de informações sobre o perfil e as tendências das internações hospitalares. Entretanto estas informações não são o suficiente para conhecer o abortamento no país. As internações não representam a totalidade de mulheres que praticam o aborto, pois não incluem as que não receberam atendimento

⁴ A Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA) contou com uma amostra entre mulheres alfabetizadas, com idades entre 18 e 39 anos e residentes em áreas urbanas e utilizou a técnica de urna para realizar o levantamento (DINIZ e MEDEIROS, 2010). Apesar dos autores informarem que a amostra foi desenhada para um nível de confiança de 95% e com erro amostral de dois pontos percentuais para os resultados nacionais a amostra utilizada não foi probabilística dado que o último estágio, o de seleção das mulheres nos domicílios, foi por cotas, portanto não pode ser expandida para o total populacional. Neste tipo de abordagem seria necessário realizar um *screening* ou realizar uma amostragem probabilística inversa como foi realizada entre outras, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (veja Cavenaghi, 2009).

hospitalar pós-abortamento, nem consideram corretamente os registros definidos como abortamentos espontâneos ou induzidos, além de se limitarem apenas às internações na rede pública no país – e são necessários métodos de ajuste indireto para estimar o aborto induzido. O Método da Incidência por Complicação do Aborto (AICM) é um deles. Buscando corrigir estas deficiências, ponderando e ajustando as estatísticas de hospitalização por abortamento, o método permite a extrapolação das internações hospitalares de aborto para estimativas nacionais robustas do aborto induzido.

2.1. Método da Incidência por Complicações do Abortamento (AICM)

Resultado de uma pesquisa colaborativa para estimar a magnitude do aborto induzido em seis países latino-americanos (Brasil, Colômbia, Chile, México, República Dominicana e Peru), o Método de Incidência por Complicações do Aborto (Singh e Wulf, 1994) é uma técnica indireta que se baseia nas internações hospitalares para o tratamento de complicações do abortamento para estimar o número total de abortos induzidos em determinada região ou país. Para atualizar as estimativas de aborto induzido a partir do AICM é preciso seguir alguns passos: corrigir os dados hospitalares de aborto induzido ou espontâneo registrados incorretamente; corrigir a proporção de aborto espontâneo do total de internações por abortamento; “inflar” os registros para considerar a cobertura das internações; e, principalmente, ponderar pela estimativa de mulheres que provocaram aborto, mas não foram hospitalizadas.

Como resultado, o AICM produz estimativas do número de abortos por ano (incidência). A partir destes é possível calcular indicadores como a taxa de aborto (número de abortos induzidos sobre o número de mulheres em idade fértil (15-49 anos), multiplicado por 1.000) e razão de aborto (percentual de abortos induzidos sobre o número total de nascidos vivos, multiplicado por 100).

2.2. Seleção dos casos de internação por abortamento para o Brasil

O estudo contou com um levantamento complexo e representou um importante marco na quantificação do problema a partir de internações hospitalares. Por meio de pesquisas colaborativas e entrevistas com especialistas, foram definidos ajustes específicos para os países estudados, visando corrigir limitações na qualidade e cobertura dos registros de internação disponíveis, e cada um dos pressupostos foi discutido quanto à sua plausibilidade. As pesquisadoras Singh e Wulf (1994) desenvolveram e aplicaram a metodologia pela primeira vez em seis países latino-americanos, estimando o número de abortos induzidos nos

respectivos anos: Brasil (1991), Colômbia (1989), Chile (1990), México (1989-1991), República Dominicana (1992) e Peru (1989).

Partindo dos diagnósticos da categoria “gravidez que termina em aborto” (códigos O00-O08⁵) diversos problemas foram levantados neste primeiro estudo. Primeiro os registros das internações hospitalares não faziam distinção confiável entre diagnósticos por abortamentos espontâneos e induzidos – efeito da ilegalidade do aborto voluntário, do constrangimento das mulheres em admiti-lo ou da falta de conhecimento dos profissionais de saúde que eventualmente classificavam erroneamente estas internações como abortamentos espontâneos. Conseqüentemente, a seleção dos registros também estava comprometida, pois registros de abortamento espontâneo ou induzido foram contabilizados como outros tipos de abortamento (diagnósticos O00-O02), enquanto outros deveriam ser incluídos como abortos induzidos e não estavam listados na categoria específica para registrar abortamentos (O00-O08).

Ademais a maioria dos países disponibilizou parcialmente as internações, com registros não cobriam a totalidade das internações em hospitais públicos ou particulares. E mais importante: as internações hospitalares representam apenas um subconjunto do total de abortos induzidos, pois a maioria das mulheres que induz um aborto seguro não necessita de internação. As admissões hospitalares para o tratamento de complicações são apenas a ponta do iceberg e devem ser ajustadas para levar em conta as mulheres que abortam, mas não são hospitalizadas.

A partir dessas limitações, os pressupostos adotados por Singh e Wulf (1994) para estimar a magnitude do aborto induzido no Brasil, com base no SIH-SUS de 1991 foram os seguintes:

- i. As hospitalizações por abortamento no SUS representariam 85% de todas as internações no país. Conseqüentemente, os registros no SIH-SUS foram “inflados” em 15%, para assim incluir as hospitalizações realizadas em instituições do setor privado não conveniadas com o SUS;

⁵ De acordo com a definição da CID-10, os diagnósticos de abortamento são os seguintes: O00 Gravidez ectópica, O01 Mola hidatiforme, O02 Outros produtos anormais da concepção, O03 Aborto espontâneo, O04 Aborto por razões médicas e legais, O05 Outros tipos de aborto, O06 Aborto não especificado, O07 Falha de tentativa de aborto, O08 Complicações conseqüentes a aborto e gravidez ectópica ou molar. Os três primeiros diagnósticos (O00-O02) estão relacionados a problemas na gestação – gestação fora do útero, má formação do feto ou tumor – não estando diretamente ligadas ao abortamento espontâneo ou induzido. Os demais diagnósticos (O03-O08) se referem especificamente a abortos espontâneos ou induzidos

- ii. Por reconhecer várias inconsistências na base do SIH-SUS, o fator de ajuste de 5,5% foi adotado na metodologia AICM para “inflar” as internações hospitalares e corrigir as internações de abortamento registradas em outros diagnósticos (fora do grupo O00-O08);
- iii. Apesar de destacar que os diagnósticos O00-O02 (gravidez ectópica, mola hidatiforme e outros produtos anormais da concepção) não se referem a abortos espontâneos ou induzidos, as pesquisadoras estimaram que apenas 9,5% das internações com esses códigos estavam corretamente registradas. Portanto, o percentual de 9,5% foi subtraído da totalidade das internações registradas na categoria “gravidez que termina em aborto” (códigos O00-O08);
- iv. Considerada a hipótese de que 25% do total de internações por abortamento teriam como causa o aborto espontâneo;
- v. Pressuposto de que uma cada cinco brasileiras que provocaram aborto em 1991 precisou receber atendimento hospitalar (multiplicador 5).

Desde sua publicação outros pesquisadores atualizaram as estimativas de aborto induzido a partir das hospitalizações do SIH-SUS utilizando o AICM. Para o período de 1994 a 1996, os dados do estudo do Allan Guttmacher Institute –AGI (1994) foram atualizados por Corrêa e Freitas (1997), quando foram estimados valores entre 728.100 a 1.039.000 abortos provocados (estimativa média e máxima, respectivamente). Mais recentemente, Monteiro e Adesse (2006) atualizaram as estimativas entre 1992 a 2005, onde confirmam a tendência de redução das internações por abortamento de 1991 a 1996 e de estabilização até 2005, em todas as regiões e todos os grupos etários. Em ambos os trabalhos foram aplicados os mesmos fatores de correção utilizados no trabalho anterior que analisou as internações do SIH-SUS de 1991 no Brasil.

Outros países da América Latina também atualizaram as estimativas de aborto induzido a partir do AICM. Em artigo recentemente publicado para estimar o número de abortos na Colômbia (Prada et al., 2012), as pesquisadoras aplicaram o método AICM baseando-se em registros hospitalares e pesquisa amostral conduzida entre profissionais de saúde, pesquisadores e especialistas em saúde pública deste país.

2.2.1. Atualização dos ajustes para 2000-2010

Para o estudo aqui apresentado foram selecionadas as hospitalizações do SIH-SUS entre 2000-2010, considerando as internações com códigos de diagnóstico específicos para

abortamento espontâneo ou induzido (O03-O08) e - ao invés de utilizar o pressuposto em (iii) – foram acrescentadas aquelas que receberam subcódigo específico do código O02 (O02.1) referente a “aborto retido”⁶. Este diagnóstico foi incluído tendo em vista que as internações com esse subcódigo abarcavam dois terços de todo o conjunto O00-O02, além de ter sido registrada a utilização de procedimentos de curetagem pós-abortamento e aspiração manual intrauterina na grande maioria dessas internações. A elevada frequência de registros com código O02.1 se mostrou sugestiva de elevada proporção de internações, que pode camuflar – intencionalmente ou não – o atendimento a ocorrências de aborto provocado.

A carência de estudos populacionais mais precisos sobre as características demográficas, sociais e econômicas das mulheres que abortam no Brasil nos últimos 20 anos, assim como sobre o uso de métodos contraceptivos e do acesso hospitalar, limita a discussão sobre os ajustes no AICM. Para estimar os abortos induzidos nesta década foram considerados os seguintes pressupostos:

- a) Ao invés de considerar toda a categoria O00-O08 e subtrair o percentual de 9,5%, que corresponderia a diagnósticos corretamente registrados em O00-O02 (não aplicáveis ao abortamento espontâneo ou induzido), a análise considerou os diagnósticos O03-O08 acrescentando o sub-código O02.1 (aborto retido);
- b) Por reconhecer várias inconsistências na base do SIH-SUS, foi mantido o fator de ajuste de 5,5% adotado na metodologia AICM, o que significa “inflar” as internações hospitalares com a aplicação deste percentual;
- c) Admitindo que o atendimento ao parto (e possivelmente ao abortamento) realizado fora do SUS acompanhe a cobertura dos planos de saúde privados (em torno de 25%), e que essas coberturas pouco variaram entre mulheres em idade fértil na década – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (1998, 2003 e 2008) e Agência Nacional de Saúde (2000 e 2010) -, as internações registradas no SIH-SUS entre 2000 e 2010 e que tiveram como causa o abortamento foram “infladas” em 25%;
- d) Na falta de estudos específicos sobre a proporção de abortos espontâneos no Brasil, foram admitidas as hipóteses de que 15%, 25% ou 35% das internações teriam como causa o aborto espontâneo, logo 85%, 75% ou 65% eram abortos induzidos;
- e) Finalmente as internações foram ponderadas considerando fator médio de 3 abortos induzidos não registrados para cada um registrado, e incluídos dois outros fatores

⁶ Aborto retido é definido com perda gestacional até a 12ª semana de gestação.

(baixo e alto) construídos a partir da variação de 25% em torno deste (multiplicadores de 2,25 e 3,75), seguindo proposta recente de Singh (2010).

3. Evolução do aborto induzido

Na Tabela 1 são apresentadas diversas estimativas de aborto induzido, resultantes de combinações das três hipóteses para estimar a percentagem de internações por abortos espontâneos (35%, 25% e 15%) e dos fatores de ajuste (2,25, 3 e 3,75) por abortamentos que não necessitaram de internação hospitalar. Os resultados indicam que a variação do multiplicador, segundo os critérios escolhidos, tende a ser mais importante para determinar o nível de aborto induzido do que a variação associada às diferentes hipóteses de aborto espontâneo registrado. O intervalo de estimação varia de quase 500 mil a pouco mais de um milhão de abortos por ano no início da década e no final da década, há uma redução de ao redor de 80 a 130 mil abortos induzidos dependendo da hipótese adotada.

Tabela 1. Estimativas do número de abortos induzidos considerando hipóteses da percentagem de internações por abortos espontâneos (35%, 25% e 15%) e fatores de ajustes (2,25, 3, 3,75), segundo ano de internação. Brasil – 2000 a 2010

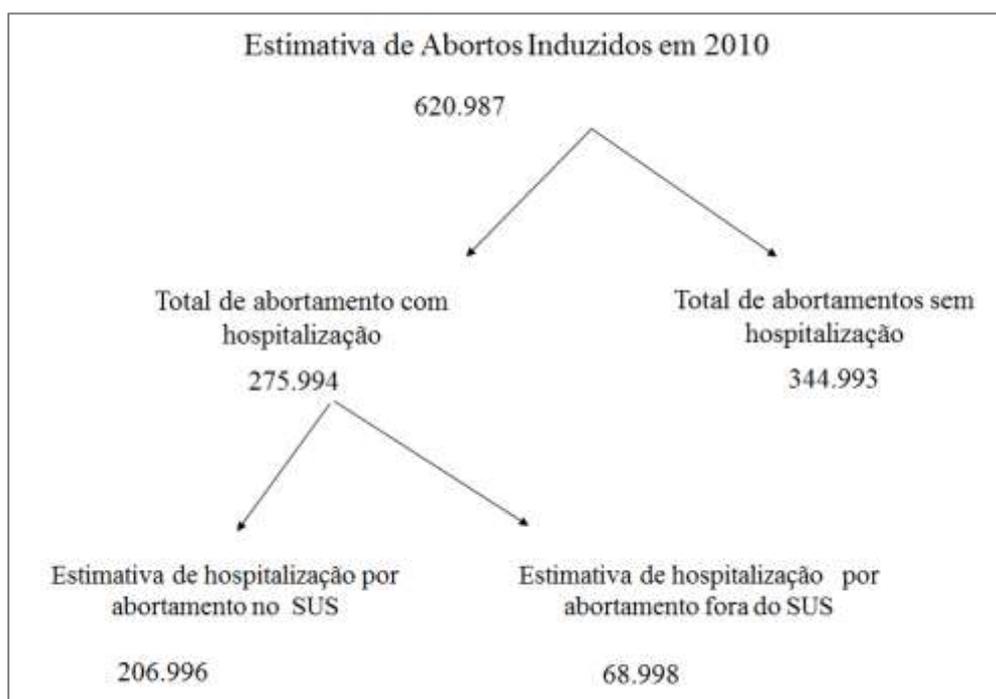
| Ano da Internação | Percentual de abortos espontâneos e multiplicador | | | | | | | | |
|----------------------|---|---------|---------|-----------------|----------------|---------|-----------------|---------|-----------|
| | 35% | | | 25% | | | 15% | | |
| | Multiplicadores | | | Multiplicadores | | | Multiplicadores | | |
| | 2,25 | 3 | 3,75 | 2,25 | 3 | 3,75 | 2,25 | 3 | 3,75 |
| 2000 | 485.059 | 646.745 | 808.431 | 559.683 | 746.244 | 932.806 | 634.308 | 845.744 | 1.057.180 |
| 2001 | 481.083 | 641.443 | 801.804 | 555.095 | 740.127 | 925.159 | 629.108 | 838.811 | 1.048.513 |
| 2002 | 470.278 | 627.037 | 783.797 | 542.629 | 723.505 | 904.381 | 614.979 | 819.972 | 1.024.965 |
| 2003 | 462.032 | 616.043 | 770.054 | 533.114 | 710.819 | 888.524 | 604.196 | 805.595 | 1.006.994 |
| 2004 | 482.123 | 642.830 | 803.538 | 556.295 | 741.727 | 927.159 | 630.468 | 840.624 | 1.050.780 |
| 2005 | 474.314 | 632.419 | 790.524 | 547.286 | 729.714 | 912.143 | 620.257 | 827.010 | 1.033.762 |
| 2006 | 433.860 | 578.479 | 723.099 | 500.607 | 667.476 | 834.345 | 567.355 | 756.473 | 945.591 |
| 2007 | 424.551 | 566.068 | 707.585 | 489.867 | 653.156 | 816.444 | 555.182 | 740.243 | 925.304 |
| 2008 | 405.596 | 540.794 | 675.993 | 467.995 | 623.994 | 779.992 | 530.395 | 707.193 | 883.991 |
| 2009 | 412.570 | 550.094 | 687.617 | 476.043 | 634.724 | 793.405 | 539.515 | 719.354 | 899.192 |
| 2010 | 403.642 | 538.189 | 672.736 | 465.740 | 620.987 | 776.234 | 527.839 | 703.786 | 879.732 |

Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS e estimativas de aborto induzido pelo AICM utilizando ajustes propostos.

Independente dos ajustes aplicados às estimativas de aborto induzido no Brasil, construídas a partir das internações hospitalares do SIH-SUS entre 2000 e 2010 com os ajustes propostos, o declínio do número de abortos ao longo dos anos é gradativo. Tomando a hipótese média, verifica-se que na década ocorreu um decréscimo de 18%, na estimativa do número de abortos induzidos no Brasil entre 2000 e 2010, com a exceção que em 2004 ocorreu um pequeno aumento, de 4%, para em seguida manter a tendência de declínio no restante da década. Apesar da queda observada, o nível de aborto induzido no Brasil ainda é muito alto, estimados na hipótese média em 746.244 abortos em 2000 e 620.987, em 2010.

Antes da apresentação da evolução dos indicadores de aborto induzido, para se ter um melhor entendimento das diversas parcelas do aborto induzido, apresenta-se no Fluxograma 1 as estimativas de aborto induzido para 2010, com base nas premissas adotadas na hipótese média.

Fluxograma 1. Distribuição das estimativas do número de hospitalização por abortamento e de abortos induzidos – Brasil, 2010



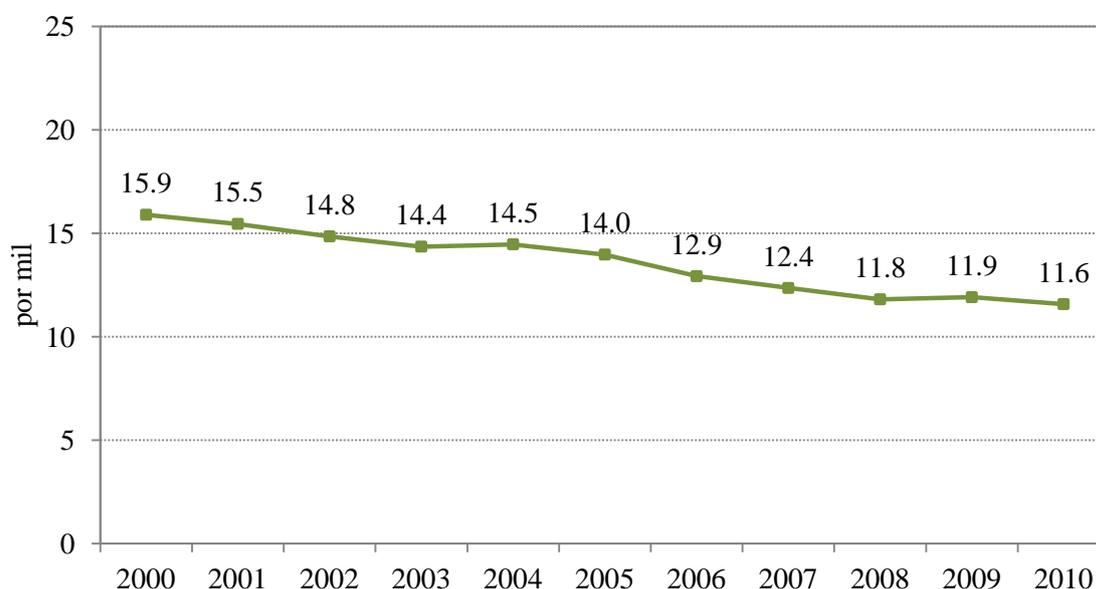
Evolução dos indicadores de aborto induzido

Como o intervalo de estimativas é amplo, para calcular os indicadores (taxa e razão) de aborto induzido, foram selecionadas as estimativas intermediárias para analisar o abortamento no Brasil a partir das internações hospitalares do SIH-SUS entre os anos de 2000

e 2010, considerando que 25% das internações hospitalares se referiam a perdas espontâneas de gravidez e que o fator de multiplicação para considerar abortamentos que não recorreram à internação é de três mulheres para cada aborto provocado (multiplicador 3).

O Gráfico 1 mostra a taxa de aborto induzido que é calculada como o número de abortos induzidos no ano dividido pelo número de mulheres em idade fértil no meio do ano multiplicada por mil. Esta diminuiu sensivelmente na década, ainda que o número de abortos induzidos tenha decrescido na década e o de mulheres em idade fértil, aumentado em 14%. No início da década estimou-se 15,9 abortos induzidos para cada mil mulheres em idade fértil, e em 2010 esta taxa foi de 11,6, com decréscimo de 28%. No entanto, a queda maior foi até 2007 e desde então, os níveis da taxa de aborto induzido, vêm se mantendo relativamente constantes. Estes resultados podem indicar que, mesmo com o aumento da população feminina em idade fértil, o número de abortos por mulher tem diminuído ao longo dos anos, muito provavelmente pelo aumento do uso de contraceptivos mais eficazes (consequência da redução no número de gravidezes indesejadas).

Gráfico 1. Evolução da taxa de aborto induzido (por mil) – hipótese média, segundo ano de internação. Brasil - 2000 a 2010.



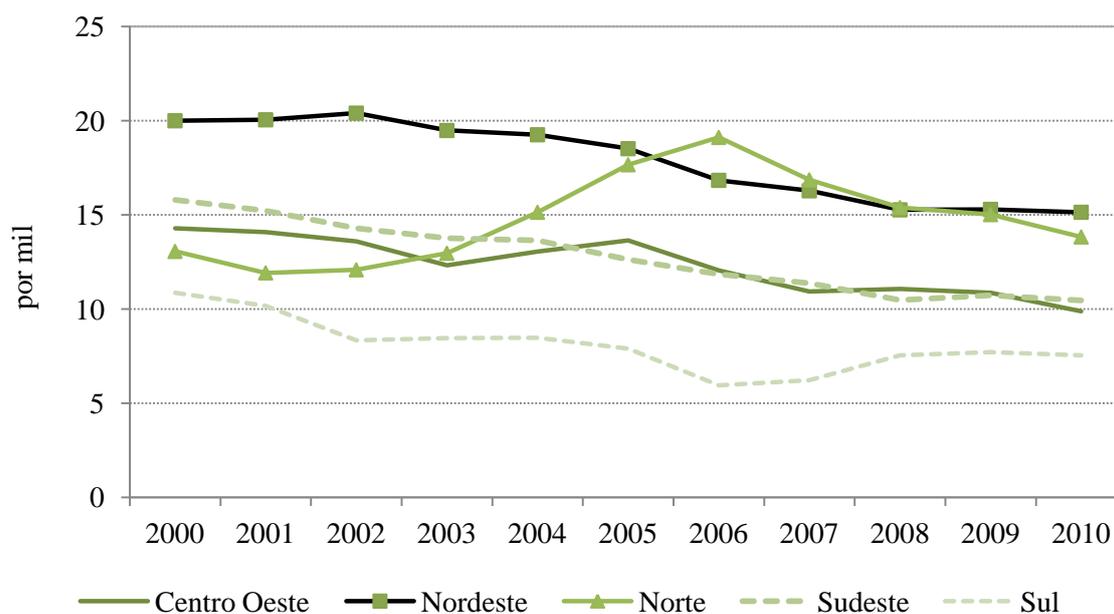
Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS do Método AICM e ajustes propostos, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censos demográficos (2000 e 2010) e projeções e estimativas demográficas.

Para avaliar regionalmente os riscos de abortamento, o Gráfico 2 mostra as taxas anuais de aborto induzido por grandes regiões. Todas apresentam tendência decrescente nas

taxas de aborto, com exceção do Norte. Entre 2000 e 2010 as menores taxas de aborto induzido foram estimadas no Sul (10,9 abortos induzidos por 1.000 mulheres em idade fértil em 2000 e 7,5 em 2010), e as maiores no Nordeste – 20,0 abortos induzidos por 1.000 mulheres em 2000 e 15,1 em 2010.

Os maiores declínios nas taxas de aborto (33%) foram observados no Nordeste, seguido das regiões Sudeste (15,8 abortos induzidos por 1.000 mulheres em 2000 e 10,5 em 2010) e Centro-Oeste (14,3 abortos induzidos por 1.000 em 2000 e 9,9 em 2010), porém nesta última região as taxas oscilaram expressivamente durante a década, fato provavelmente relacionado com a qualidade das internações hospitalares e variações da qualidade da informação registrada. Apesar de iniciar a década em patamares pouco mais altos, em 2010 a taxa de aborto na região Sudeste é quase a mesma daquela apresentada pela região Centro-Oeste, ambas seguindo de perto a média nacional.

Gráfico 2. Evolução das taxas de aborto induzido (por mil) – hipótese média, segundo grandes regiões e ano de internação. Brasil - 2000 a 2010



Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS com ajustes propostos. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censos demográficos (2000 e 2010) e projeções e estimativas demográficas.

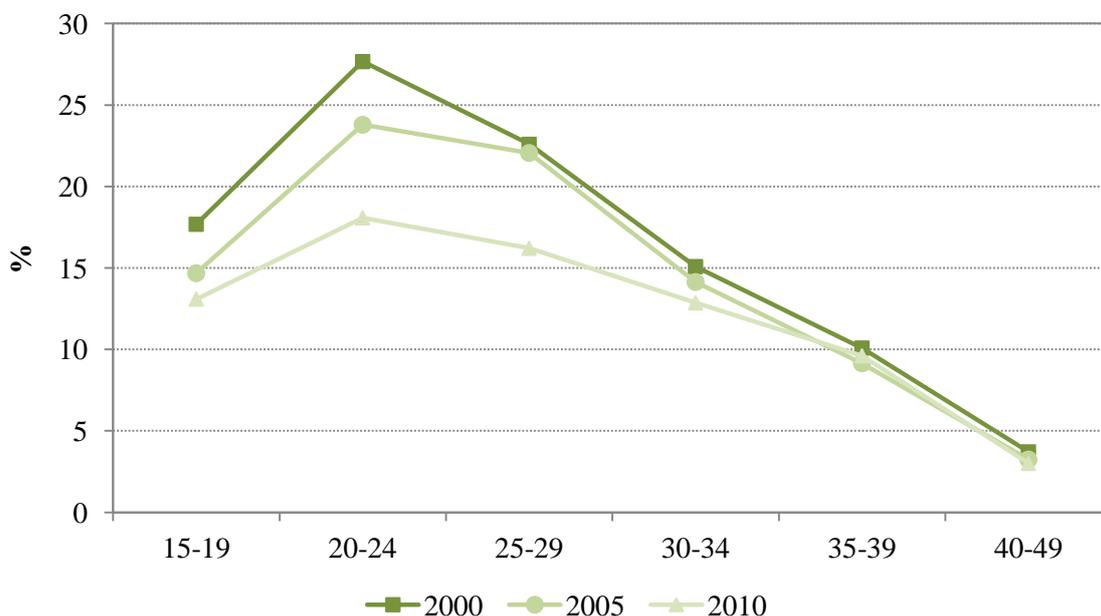
As taxas de aborto induzido encontradas na região Norte são instáveis e pouco confiáveis, estando diretamente relacionada com a má qualidade da informação hospitalar nesta região. O indicador muda radicalmente de direção em 2003, quando segue tendência de crescimento até 2006. Em seguida volta a decrescer e em 2010 a taxa de aborto é semelhante à de 2000. Muito provavelmente esta tendência está vinculada à qualidade da informação

registrada, tanto no registro de aborto quanto nas estimativas de mulheres em idade fértil anual, do que propriamente uma tendência no risco de abortamento.

Quando analisada a taxa de aborto por faixa etária (Gráfico 3), as mulheres com idades entre 20 e 24 anos detêm as maiores taxas de aborto. Entre estas mulheres o declínio da taxa de aborto foi também o mais expressivo (36%) – de 27,7 abortos induzidos por 1.000 mulheres em idade fértil em 2000 para 18,1 em 2010. As menores reduções aconteceram entre aquelas com 35 a 39 anos de idade (5%).

Também foi observado que quanto maior a idade da mulher, menores são as chances de terminar uma gravidez voluntariamente. Este resultado é compatível com a PNDS 2006. Berquó e colegar (2006) apontaram que o aumento da idade é seguido pelo aumento no percentual de mulheres que utilizam algum tipo de contraceptivo e que estariam menos sujeitas a gravidezes indesejadas, principalmente uso de método totalmente eficaz como o caso da esterilização feminina.

Gráfico 3. Taxa de abortos induzidos (por 100 mulheres) por faixa etária das mulheres em grupos quinquenais, segundo ano de internação. Brasil – 2000, 2005 e 2010.

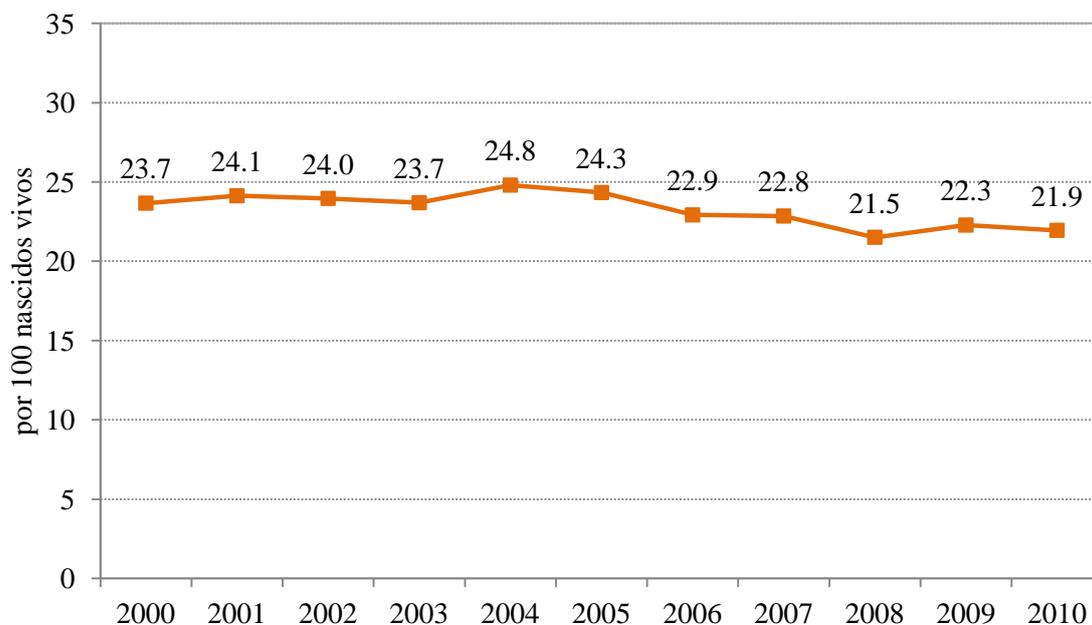


Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS com ajustes propostos. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censos demográficos (2000 e 2010) e projeções e estimativas demográficas.

O declínio na razão de abortos induzidos na década é menos expressivo do que aquele apresentado para a taxa de aborto. De fato, dado a incerteza ao redor das estimativas de mulheres em idade fértil, a razão de aborto, que tem como denominador o número de nascidos

vivos registrados, deve representar melhor as tendências da evolução do aborto induzido no país. Acompanhando o declínio das taxas de fecundidade no Brasil, o número de nascidos vivos diminuiu de modo semelhante à redução do número de abortos induzidos (estimados) durante os anos de 2000 a 2010 (10%). A razão de aborto induzido no Brasil variou entre 23,7 por 100 nascidos vivos em 2000 e 21,9 por 100 nascidos vivos em 2010. Apesar de ter apresentado um aumento importante em 2004, a razão de aborto volta a decrescer no ano seguinte e manteve-se em queda até 2008, quando observa-se um pequeno crescimento em 2009. Desde 2008 a razão de aborto induzido vem se estabilizando e é próxima a 22 abortamentos por 100 nascidos vivos (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolução da razão de aborto induzido (por 100 nascidos vivos), segundo ano de internação. Brasil - 2000 a 2010.



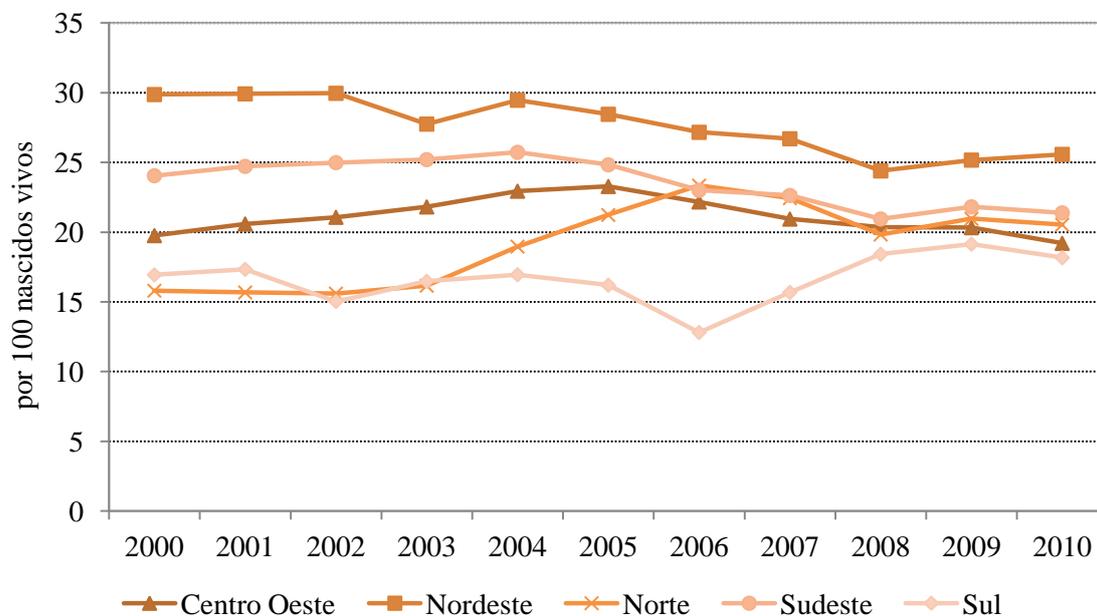
Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH- SUS com AICM e ajustes propostos e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Geograficamente, a distribuição anual da razão de abortos induzidos na região Norte é completamente distinta em relação às demais (Gráfico 5). Esta região iniciou a década com estimativas da razão de abortos em relação ao nascidos vivo em patamares tão baixos quanto a região Sul, conhecido pela boa qualidade de informação e baixos níveis de fecundidade e de aborto induzido. Esse fato reforça a qualidade inferior dos registros de internação hospitalar na região Norte, assim como o registro de nascimentos, e uma melhora ao longo do tempo.

Ademais, para o Sudeste foi estimada uma razão quase tão alta quanto à do Nordeste no ano de 2000 (28,2 e 25,2) de abortos induzidos por 100 nascidos vivos respectivamente.

Entretanto, a partir de 2006 a razão de abortos no Sudeste indicou quedas mais significativas, se distanciando do Nordeste e ficando próxima às regiões Centro-Oeste e Norte.

Gráfico 5. Evolução da razão de aborto induzido por região de residência (por 100), segundo ano de internação. Brasil - 2000 a 2010



Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH- SUS com método AICM e ajustes propostos, e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Quando da taxa de aborto é categorizada por faixa etária, à medida que aumenta a idade da mulher também cresce o número de abortos induzido em relação aos nascidos vivos (Tabela 2). Estes resultados coincidem com os apontados pela PNDS 2006 (BÉRQUO et al, 2006). À época do estudo, o percentual de gravidez indesejada do último filho nascido vivo era 13,9% entre as jovens até 19 anos e 43,1% entre aquelas com mais de 35 anos. As estimativas da razão de aborto induzido por idade da mulher mostra o grande problema de desejo por controle da fecundidade com uso não adequado de contracepção. Como as mulheres iniciam a maternidade ainda jovens, quando engravidam em períodos mais avançados do ciclo reprodutivo, o risco de aborto é muito grande. Para mulheres de 15-19 anos, a razão de abortos fica em torno de 20 abortos para cada 100 nascidos vivos e aumenta para 30 quando as mulheres atingem entre 35 e 39 anos de idade. Ou seja, a cada 3 nascidos vivos têm-se a realização de um aborto. Para o grupo de 40 a 49 anos de idade a razão aumenta bruscamente, atingindo ao redor de 60 abortos para cada 100 nascidos vivos.

Tabela 2. Razão de aborto induzido por faixa etária das mulheres em grupos quinquenais (por 100), segundo ano de internação. Brasil – 2000 a 2010

| Ano de internação | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-49 |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 2000 | 21,9 | 22,4 | 22,1 | 22,7 | 29,6 | 66,3 |
| 2001 | 22,5 | 22,8 | 22,6 | 23,0 | 29,6 | 67,7 |
| 2002 | 22,3 | 22,7 | 22,6 | 22,9 | 29,0 | 64,2 |
| 2003 | 22,0 | 22,5 | 22,2 | 22,5 | 29,1 | 63,1 |
| 2004 | 22,9 | 23,5 | 23,3 | 23,4 | 30,5 | 65,7 |
| 2005 | 22,6 | 22,8 | 22,7 | 23,2 | 30,4 | 65,4 |
| 2006 | 21,5 | 21,3 | 21,1 | 21,8 | 28,4 | 62,9 |
| 2007 | 21,1 | 20,8 | 21,3 | 21,7 | 29,6 | 63,7 |
| 2008 | 19,9 | 19,4 | 19,5 | 20,6 | 28,3 | 64,6 |
| 2009 | 20,9 | 19,8 | 20,3 | 21,3 | 29,1 | 65,9 |
| 2010 | 21,0 | 19,7 | 19,5 | 20,7 | 29,1 | 64,3 |

Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH- SUS com método AICM e ajustes propostos, e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

4. Considerações finais

Tal como acontece com outras questões de saúde mais visíveis – como a mortalidade materna, por exemplo, os problemas advindos da ilegalidade ameaçam a dignidade e os direitos fundamentais das mulheres. Todos os anos, inúmeros abortos são realizados por pessoas sem as habilidades necessárias ou em ambientes com baixos padrões de higiene, especialmente entre as mais pobres. No Brasil as severas restrições legais vigentes não evitam a prática do aborto e sim reiteram as desigualdades sociais, principalmente entre as brasileiras negras e pobres. Ademais, o atendimento recebido por estas mulheres no serviço de saúde público é insatisfatório: sem apoio ou aconselhamentos adequados, as mulheres se sujeitam a uma nova gravidez indesejada, podendo inclusive entrar no ciclo repetitivo de gravidez-abortamento.

Idealmente a abordagem para a mensuração do aborto induzido deve combinar duas vertentes: o uso de dados sobre internação hospitalar em decorrência de aborto, ajustados com os resultados encontrados nas pesquisas amostrais. Com esta combinação, seria possível gerar estimativas nacionais através da extrapolação dos dados que estão disponíveis, baseando-se na pesquisa de campo para calcular os fatores adequados e formar uma base precisa de informação sobre o tema.

Este trabalho mostra que a fragilidade dos registros de internações para abortamento no SUS ainda é grande e que as estimativas são incertas, mesmo tendo se passado quase 20 anos desde a declaração dos direitos sexuais e reprodutivos no mundo, da qual o Brasil é signatário. As informações hospitalares referentes ao abortamento no SIH-SUS são de grande importância no estudo sobre este tema, por serem de fácil acesso e com abrangência nacional dos hospitais públicos e conveniados SUS. A implantação de uma ficha com informações do perfil da mulher, a exemplo da ficha de parto e realização de esterilização voluntária, seria útil para complementar as informações sociodemográficas das mulheres atendidas, além de outras como o número de filhos, uso e tipo de métodos contraceptivos. Importante ressaltar a necessidade de estudos que aprofundem na questão da qualidade das informações hospitalares referentes ao abortamento no SIH-SUS, incluindo a subnotificação e o sub-registro.

Apesar da pequena redução na taxa de aborto induzido, a incidência de aborto é muito alta para um país onde o uso de contracepção é tão difundido, o que indica a necessidade de melhor utilização dos recursos e métodos disponíveis. Ademais apresenta diferenças regionais importantes em consequência da baixa utilização de medidas contraceptivas no Norte e Nordeste. De fato, o aborto continua desempenhando um papel significativo no controle da fecundidade no país, ainda que variações significativas sejam observadas entre os estados brasileiros.

É importante ressaltar que além da necessidade de outras informações confiáveis em nível nacional sobre o abortamento, é necessário o avanço nas estimativas de aborto induzido calculado de forma indireta, pois a porcentagem de uso no SUS, a porcentagem de abortos espontâneos em relação aos induzidos e a porcentagem de internação por abortamento variam por região e por idade das mulheres. Assim, os ajustes propostos deveriam variar por estas variáveis, fato que não foi possível realizar neste trabalho.

Agradecimentos: ENCE/IBGE e CAPES/Demanda Social.

Referências Bibliográficas

Allan Guttmacher Institute (1994) “Clandestine Abortion: A Latin American Reality”, *Scientific Study of Population*, New York, 1994.

Berquó, E. et al (2006) “A experiência-piloto: indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva”. In: Cavenaghi, Suzana (org): *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA.

Brasil (1940). Código Penal: Decreto lei nº 2.848, de 7 de dezembro 9. de 1940 [Internet]. Brasília, DF; 1940 [citado 2008 Abr 29]. Disponível em: http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf

Brasil (2009) “Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos”, *Ministério da Saúde, Série B*, 428p, Brasília.

Cavenaghi, S. M. (2009) “Aspectos metodológicos e comparabilidade com pesquisas anteriores”. In: Ministerio da Saude e Cebrap. (Org.). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 13-32.

Corrêa, S. e Freitas, A. (1997) “Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil”. *Estudos Feministas*, 5:389-95, Florianópolis, Brasil.

Diniz, Débora e Medeiros, Marcelo (2010). “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna”. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.15 supl 1 pp. 959-966, 2010.

Faúndes, A. et al. (2009) “O médico ginecologista e obstetra frente ao aborto”, In: ROCHA, Maria Isabel Baltar e BARBOSA, Regina Maria (Orgs): *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Núcleo de Estudos de População – Nepo, Unicamp, Campinas, SP, p. 258-266, 2009.

Laurenti, R. (2004) “Mortalidade materna nas capitais brasileiras algumas características e estimativa de um fator de ajuste”. *Rev. Bras. Epidemiol.* 7(4): p. 449-60.

Levin, J. (2006) “A influência das Políticas de Saúde nos Indicadores gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS”. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Menezes, G. M. S. e Aquino, E.M. L. (2009) “Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva”. *Cad. Saúde Pública* [online], vol.25, suppl.2, pp. s193-s204.

Monteiro, M. e Adesse, L. (2006) “Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)” [Internet]. Anais do 15º *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP; Caxambu, Brasil [citado 2009 Abr 29]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>,

OMS (2004) *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 4a.edição. Geneva, Switzerland.

Prada, Elena; Biddlecom, Ann; Singh, Susheela.(2012) “Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008”. *Perspectivas Internacionais en Salud Sexual y Reproductiva*, 2–12, número especial.

Singh, S. e Wulf, D. (1994). “Estimated levels of induced abortion in six Latin American Countries”, *International Family Planning Perspectives*. v. 2 p. 413.

Singh, S. et al. (2009) *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. Allan Guttmacher Institute, New York , USA.

Singh, S. et al (2010). *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, New York: Guttmacher Institute; Paris: International Union for the Scientific Study of Population.

Ventura, M. (2009) “A questão do aborto e seus aspectos jurídicos”, en Rocha, Maria Isabel Baltar e Barbosa, Regina Maria (Orgs): *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Núcleo de Estudos de População – Nepo, Unicamp, Campinas, SP, p. 176-205.