

## Pesquisa Nacional de Aborto 2016

### National Abortion Survey 2016

Debora Diniz <sup>1</sup>

Marcelo Medeiros <sup>2</sup>

Alberto Madeiro <sup>3</sup>

**Abstract** We present the results of the Brazilian National Abortion Survey of 2016 (2016 PNA) and compare them to those obtained in the 2010 PNA as per the profile of women and the magnitude of abortion. The PNA is based on a random sample that combines ballot-box questionnaires with face-to-face interviews with women ages 18 to 39 in urban areas of Brazil. The results show that abortion is a common and persistent occurrence among women of all social classes, racial groups, educational levels, and religions: in 2016, almost 1 in every 5 women had undergone at least one abortion by the age of 40. In 2015, approximately 416,000 women had an abortion. There is, however, heterogeneity among the social groups, with abortions being more frequent among women of lower educational levels, women who are Black, Brown and Indigenous, and women living in the North, Northeastern and Mid-western regions of the country. In line with the 2010 PNA, half of all women took medicine to abort and almost half of them were hospitalized to complete the abortion.

**Key words** Induced abortion, National Abortion Survey, Reproductive Experiences, Ballot-box technique, Brazil

**Resumo** Apresentamos os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016) e os comparamos aos da PNA 2010 quanto ao perfil das mulheres e a magnitude do aborto. A pesquisa se baseou em um levantamento domiciliar que combina técnica de urna e entrevistas face-a-face com mulheres de 18 a 39 anos, com amostra representativa do Brasil urbano. Os resultados indicam que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões: em 2016, quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto. Em 2015, foram, aproximadamente, 416 mil mulheres. Há, no entanto, heterogeneidade dentro dos grupos sociais, com maior frequência do aborto entre mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Como já mostrado pela PNA 2010, metade das mulheres utilizou medicamentos para abortar, e quase a metade das mulheres precisou ficar internada para finalizar o aborto.

**Palavras-chave** Aborto induzido, Pesquisa Nacional de Aborto, História reprodutiva, Técnica de Urna, Brasil

<sup>1</sup> Faculdade de Direito, Universidade de Brasília. Caixa Postal 8011. 70670-973 Brasília DF Brasil. d.diniz@anis.org.br

<sup>2</sup> Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Piauí. Teresina PI Brasil.

## Introdução

Estimativas anteriores mostraram que o aborto é um evento frequente na vida reprodutiva das mulheres brasileiras. A Pesquisa Nacional de Aborto de 2010 (PNA 2010) demonstrou que, aos 40 anos, aproximadamente uma em cada cinco mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas do Brasil já fez pelo menos um aborto<sup>1</sup>. A PNA 2010 utilizou a técnica de urna para garantir o anonimato das mulheres entrevistadas e diminuir a taxa de respostas falsas ou não respostas associadas ao estigma contra o aborto e ao receio de denúncia à autoridade policial<sup>2</sup>.

Este artigo apresenta os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016), cujo objetivo principal foi o de estimar a magnitude dessa prática no Brasil. A PNA 2016 é um inquérito domiciliar cuja amostra probabilística representa a população feminina de 18 a 39 anos alfabetizada do Brasil. Combina entrevistas face-a-face realizadas por entrevistadoras mulheres com a técnica de urna e, portanto, tem vantagens sobre os levantamentos que dependem integralmente de entrevistas diretas. Foi desenhada de modo a que seus resultados fossem comparáveis aos da Pesquisa Nacional de Aborto de 2010 (PNA 2010).

## Metodologia

A PNA 2016 é um inquérito domiciliar baseado em uma amostra aleatória representativa da população total de mulheres alfabetizadas com idade entre 18 e 39 anos no Brasil. Inclui municípios de pequeno porte (abaixo de 20 mil habitantes), mas limita-se à área urbana. A população representada corresponde a cerca de 83% da população feminina brasileira nessa faixa etária. O levantamento foi levado a campo entre 02 e 09 de junho de 2016. Consiste na combinação de um questionário baseado na técnica de urna (*ballot-box technique*) e um questionário face-a-face aplicado apenas por entrevistadoras mulheres. A técnica de urna vem sendo usada desde a década de 1990 para medir aborto no Brasil<sup>1,3,4</sup>.

A técnica de urna consiste em entregar às entrevistadas um questionário em papel com perguntas sobre assuntos controversos – se realizou ou não um aborto, e quando, por exemplo – que deve ser respondido pelas próprias entrevistadas e depositada em uma urna lacrada, sem que as entrevistadoras tenham conhecimento das respostas. Com isso assegura-se não apenas o sigilo

das respostas, mas também a percepção de sigilo, que tende a aumentar as respostas verdadeiras. Após o preenchimento do questionário para a urna, um questionário face-a-face foi realizado com a entrevistada com perguntas gerais (escolaridade, situação conjugal, etc.), aplicado com uso de *tablets*. Os questionários de urna continham um identificador codificado que permitiu, posteriormente, a combinação de ambos os instrumentos sem prejuízo do sigilo e confidencialidade. Assim como na PNA 2010, todas as entrevistadoras da PNA 2016 foram mulheres.

A literatura indica que a técnica de urna tem vantagens sobre as entrevistas diretas ou outras metodologias qualitativas. Estudos que não utilizam técnicas com garantia de sigilo tendem a produzir subestimação da magnitude do aborto<sup>5-11</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por exemplo, obteve dados por meio de entrevistas face-a-face com entrevistadores de ambos os sexos e concluiu que apenas 2,1% das mulheres entre 18 a 49 anos – uma proporção expressivamente menor que a da PNA 2010 – já haveria provocado o aborto<sup>12</sup>.

A amostra foi estratificada em três estágios, com seleção dos municípios por probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) da população feminina alfabetizada de 18 a 39 anos de idade, no primeiro estágio, conglomerados formados por setores censitários, com seleção por PPT no segundo estágio e, no terceiro estágio, seleção em cada conglomerado de um número fixo da população com controle da amostra para cotas de variáveis (Idade, Grau de instrução, Condição de ocupação), as quais foram estabelecidas com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2014 (PNAD 2014) do IBGE.

Como a técnica de urna exige leitura independente, os questionários foram aplicados apenas às mulheres alfabetizadas. Mulheres não alfabetizadas foram substituídas por uma amostra sistemática de reposição. Ao todo foram entrevistadas 2.002 mulheres no Brasil. A amostra foi desenhada de modo a produzir uma margem de erro de mais ou menos 2 pontos percentuais para os resultados nacionais, considerando um intervalo de confiança de 95%. Para assegurar o máximo de comparabilidade, a PNA 2016 compartilha várias características da PNA 2010, como desenho amostral e técnicas de entrevista e questionários, com exceção feita ao acréscimo de algumas questões na PNA 2016. As comparações realizadas se baseiam em tabulações realizadas a partir dos microdados das PNA 2010 e 2016.

No trabalho de campo não foi identificada qualquer intercorrência relevante que pudesse enviesar os resultados agregados. Todas as entrevistas foram submetidas a um teste lógico de consistência. Pelo menos 20% das entrevistas foram verificadas e criticadas por uma equipe independente dos autores deste artigo. Para assegurar imparcialidade, o levantamento dos dados foi realizado por uma instituição independente (IBOPE Inteligência), que guardará o material original de coleta de dados por pelo menos um ano e os resultados da pesquisa (processamentos, relatórios, etc.) por pelo menos 2 anos, como determinam os requisitos da norma ISO 20252. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília e aprovado em conformidade com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde. O consentimento das mulheres à participação foi oral, para evitar riscos, por ser o aborto um crime no país.

## Resultados e discussão

Salvo indicação contrária, “mulheres” refere-se à subpopulação de mulheres alfabetizadas com idade entre 18 e 39 anos no Brasil no ano de 2016 nas áreas urbanas dos municípios. No caso de comparações com a PNA 2010, a população tem as mesmas características. Os resultados entre parênteses referem-se aos números de casos absolutos. Exceto quando indicado, as proporções referem-se aos casos com respostas válidas, ou seja, não contabilizam a não resposta. Quando ocorreu não resposta, seus valores absolutos são apontados logo em seguida à apresentação de resultados.

O aborto é comum entre as mulheres brasileiras. Das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas pela PNA 2016, 13% (251) já fez ao menos um aborto. Considerando-se intervalos de confiança, trata-se de uma proporção semelhante à da PNA 2010 (15%). A pequena divergência não é relevante, pode derivar de fatores aleatórios e está dentro da margem de erro. Como a pergunta é sobre realizar aborto ao longo da vida, as taxas tendem a ser maiores entre mulheres mais velhas. Na faixa etária de 35 a 39 anos, aproximadamente 18% das mulheres já abortou. Entre as de 38 e 39 anos a taxa sobe a quase 19%. A predição por regressão linear das taxas de aborto pelas idades é de que a taxa a 40 anos é de cerca de 19%. Por aproximação é possível dizer que, em 2016, aos 40 anos de idade,

quase uma em cada cinco mulheres já fez aborto (1 em cada 5,4).

Tratando-se de evento cumulativo, porém, não é possível dizer que o aborto era mais comum no passado a partir desses dados. Na verdade, a evidência aponta na direção de uma razoável estabilidade quando se consideram os efeitos de movimentação das coortes ao longo dos seis anos entre as duas PNA. A maior parte das variações nas taxas, segundo faixas quinquenais, pode ser associada a uma movimentação de coortes, isto é, à acumulação de abortos ao longo da vida reprodutiva.

Como é de se esperar, a maior parte dos abortos é realizado durante o período mais intenso de atividade reprodutiva das mulheres. Todavia, há uma frequência maior do último aborto entre as mulheres jovens, com 29% (73) dos abortos ocorrendo em idades que vão de 12 a 19 anos, 28% (70) dos 20 aos 24 anos, caindo para abaixo de 13% (32) a partir dos 25 anos. Padrão similar foi observado na PNA 2010. O que deve ser ressaltado é que esta informação refere-se ao último aborto e, portanto, pode ter algum viés para cima entre as mulheres que realizaram mais de um aborto e, mais importante, as taxas de não resposta nesta questão são altas nos dois levantamentos, 15% em 2010 e 18% em 2016.

Cerca de 11% (27) dos abortos no Brasil foram realizados em 2015, o que equivale a dizer que 1% das mulheres da PNA 2016 abortou nesse ano. Os 89% (220) restantes foram realizados antes ou depois de 2015, ou em momento desconhecido, pois quatro mulheres que fizeram aborto não responderam à questão de data. A pergunta não foi feita na PNA 2010 e, portanto, não é possível comparação.

Nos dados da PNAD 2014 o número de mulheres alfabetizadas de 18 a 39 anos em 27 de setembro de 2014 no Brasil urbano era de 30.845.065. Isso corresponde a 83% das mulheres do Brasil. Multiplicando pelas taxas de aborto obtidas na PNA 2016 (mais exatamente, 12,54% alguma vez e 1,35% em 2015), o número de mulheres urbanas alfabetizadas de 18 a 39 anos que, em 2014, já fez aborto ao menos uma vez seria de cerca de 3,9 milhões. Por aproximação, o número dessas mulheres que fez aborto em 2014 seria de 416 mil.

Produzir um resultado para todo o Brasil requer extrapolação. Há problemas em se extrapolar esses resultados para grupos fora do universo da pesquisa, portanto os resultados para a população feminina total a seguir devem ser tomados com extrema cautela. O inquérito limitou-se a entrevistar mulheres alfabetizadas das áreas urbanas.

A qualidade da extrapolação, porém, depende da hipótese de que as taxas de aborto entre as mulheres não pesquisadas é a mesma observada entre as pesquisadas, o que pode não ser correto. Não se sabe em que medida as taxas de aborto das mulheres analfabetas e das de áreas rurais difere do observado na PNA 2016. As evidências neste sentido são ambíguas. Por um lado, as taxas de aborto são maiores nos municípios com mais de 100 mil habitantes (13%) do que nos com menos de 20 mil (11%), o que sugere taxas menores nas áreas rurais; por outro, são bem maiores entre mulheres com baixa escolaridade, isto é, até quarta série (22%), do que entre aquelas com nível médio ou superior (11%), indicativo de que as taxas são provavelmente maiores entre as analfabetas.

Em 2016 o total estimado de mulheres de 18 a 39 anos no Brasil, incluindo as vivendo em áreas rurais, era de 37.287.746. Extrapolando-se a partir das taxas de aborto de alfabetizadas urbanas (13%), o número de mulheres que, em 2016, já fez aborto ao menos uma vez, portanto, seria em torno de 4,7 milhões. Aplicando-se a taxa de aborto no último ano, o número de mulheres que o fizeram somente no ano de 2015 seria de aproximadamente 503 mil.

Metade das mulheres aborta usando medicamentos. O aborto foi realizado com medicamentos em 48% (115) dos casos válidos. A proporção é a mesma observada em 2010 (48%). Se considerados os 4% (10) de não-resposta ao quesito, a proporção seria ainda próxima, 46%. O principal medicamento utilizado no Brasil é o Misoprostol<sup>13</sup>, recomendado pela Organização Mundial da Saúde para a realização de abortos seguros. A PNA 2016, no entanto, não investigou qual foi o medicamento utilizado pelas mulheres para realizar o aborto.

Cerca de metade das mulheres precisou ser internada para finalizar o aborto: 48% (115) das mulheres foram internadas no último aborto. A proporção cai para 46% se considerados os 3% (10) de não resposta. Mesmo levando-se em conta os intervalos de confiança de 2 pontos percentuais, ocorreu uma queda nas internações entre 2010 (55%) e 2016 (48%). Dois terços (67%, 18) das mulheres que confirmaram ter abortado em 2015 (27) foram internadas para finalizar o aborto.

Essa proporção difere da presumida em diferentes cenários usados para estimar o número anual de abortos por métodos indiretos<sup>14-17</sup>. A mensuração é baseada no número oficial de mulheres internadas por complicações do aborto na rede pública, com aplicação de fatores de correção para se estimar o número de abortos induzi-

dos. Essas estimativas utilizam cenários em que 16%, 20% ou 28% das mulheres que abortaram necessitaram de hospitalização por complicações, multiplicando por 6, 5 ou 3,5 o número de internações por aborto. Os resultados das PNA 2010 e 2016 sugerem que esse fator deve ser mais próximo de um valor entre 1,3 e 2 do número total de internações, isto é, depois de corrigida a ausência de notificação da rede privada. De todo modo, a PNA 2016 permite, como mencionado acima, uma estimativa direta do número de abortos em 2015, 1,435% da população feminina (18 a 39 anos, urbana e alfabetizada), sendo necessária extrapolação para a população analfabeta, rural e outros grupos etários.

A estimativa por métodos indiretos, baseada em internações hospitalares por complicações de aborto, concluiu que houve tendência de declínio na taxa de abortos inseguros no Brasil entre 1996 e 2012<sup>17</sup>. Isto poderia estar associado a dois fatores, uma diminuição no número de abortos ou uma redução da necessidade de internação para tratar as complicações do aborto. A comparação das PNA corrobora a segunda hipótese, isto é, a taxa de aborto permanece estável, mas as internações se tornaram menos frequentes.

A Tabela 1 apresenta características das mulheres que fizeram aborto. É possível observar que o aborto no Brasil é comum e ocorreu com frequência entre mulheres comuns, isto é, foi realizado por mulheres: a) de todas as idades (ou seja, permanece como um evento frequente na vida reprodutiva de mulheres há muitas décadas); b) casadas ou não; c) que são mães hoje; d) de todas as religiões, inclusive as sem religião; e) de todos os níveis educacionais; f) trabalhadoras ou não; g) de todas as classes sociais; h) de todos os grupos raciais; i) em todas as regiões do país; j) em todos os tipos e tamanhos de município.

Não há nenhuma mudança expressiva entre 2010 e 2016. As taxas de aborto segundo características das mulheres são semelhantes nas duas PNA, especialmente quando se consideram as margens de erro amostrais. Isso é indicador de dois pontos. Primeiro, que os resultados são verossímeis e não um artefato da pesquisa em um determinado momento. Segundo, que a estrutura de determinantes sociais do aborto é estável, isto é, que os determinantes são características da população que pouco se alteram. O aborto pode estar associado a um evento reprodutivo individual, mas a prática de aborto está enraizada na vida reprodutiva das mulheres e responde à forma como a sociedade brasileira se organiza para a reprodução biológica e social.

**Tabela 1.** Taxas de aborto segundo características das mulheres, Brasil, 2010 e 2016.

Ano	2010			2016			
	Fez aborto	% Sim	Sim	Total	% Sim	Sim	Total
Idade ao último aborto	..	..	296	..	..	251	..
12 a 15 anos	..	..	13	..	..	19	..
16 e 17 anos	..	..	37	..	..	26	..
18 e 19 anos	..	..	46	..	..	28	..
20 a 24 anos	..	..	77	..	..	70	..
25 a 29 anos	..	..	55	..	..	32	..
30 a 34 anos	..	..	21	..	..	24	..
35 a 39 anos	..	..	4	..	..	8	..
Não sabe/ não respondeu	..	..	43	..	..	44	..
Raça	...	...	...	13%	251	2002	
Branca	...	...	...	9%	58	676	
Preta	...	...	...	15%	49	322	
Parda	...	...	...	14%	129	912	
Amarela	...	...	...	13%	8	63	
Indígena	...	...	...	24%	7	29	
Não respondeu	...	...	...	-	-	-	
Idade atual	15%	296	2002	13%	251	2002	
18 a 19 anos	6%	11	191	9%	17	188	
20 a 24 anos	7%	36	483	9%	38	445	
25 a 29 anos	17%	84	488	11%	50	442	
30 a 34 anos	17%	79	452	14%	64	461	
35 a 39 anos	22%	86	388	18%	82	466	
Teve filhos	15%	296	2002	13%	251	2002	
Sim, teve	19%	240	1289	15%	196	1278	
Não teve	8%	56	713	8%	55	722	
Não respondeu	-	-	-	-	-	2	
Situação conjugal atual	15%	296	2002	13%	251	2002	
Casada/ união estável	16%	188	1140	14%	163	1169	
Solteira	12%	91	770	9%	63	725	
Separada/ viúva	19%	17	91	23%	25	108	
Não respondeu	-	-	1	-	-	-	
Religião	15%	296	2002	13%	251	2002	
Católica	15%	175	1168	13%	141	1060	
Evang./protest./ crist. n. catol.	13%	72	552	10%	63	607	
Outras	16%	13	80	16%	18	113	
Não possui religião/ateia	18%	35	198	13%	27	209	
Não respondeu	25%	1	4	15%	2	13	
Escolaridade	15%	296	2002	13%	251	2002	
Até 4ª série	23%	44	191	22%	25	112	
5-8ª série	19%	80	429	16%	54	334	
Ens. Médio (mesmo incompleto)	12%	115	974	11%	114	1007	
Superior (mesmo incompleto)	14%	57	408	11%	58	549	
Atividade econômica	15%	296	2002	13%	251	2002	
Ocupadas	14%	179	1260	12%	150	1275	
Não ocupadas	16%	117	742	14%	101	727	

continua

Tabela 1. continuação

Ano	2010			2016			
	Fez aborto	% Sim	Sim	Total	% Sim	Sim	Total
Renda Familiar (Sal. Min. corrente)		15%	296	2002	13%	251	2002
Até 1 SM		17%	69	402	16%	70	442
Mais de 1 a 2 SM		16%	92	566	13%	90	696
Mais de 2 a 5		13%	103	793	10%	61	581
Mais de 5 SM		14%	26	184	8%	16	199
Sem declaração		11%	6	57	17%	14	84
Região		15%	296	2002	13%	251	2002
Norte/Centro Oeste		19%	59	308	15%	49	336
Nordeste		20%	102	504	18%	88	490
Sudeste		12%	110	910	11%	96	896
Sul		9%	25	280	6%	18	280
Tipo de Município		15%	296	2002	13%	251	2002
Capital		21%	138	644	16%	100	637
Periferia (Reg. Metropolitana)		10%	30	294	12%	35	287
Não metropolitano		12%	128	1064	11%	116	1078
Tamanho de município		15%	296	2002	13%	251	2002
Até 20 mil hab.		11%	25	238	11%	24	210
Mais de 20 a 100 mil		12%	58	469	11%	44	413
Mais de 100 mil habit.		16%	213	1295	13%	183	1379

Fonte: PNA 2010 e PNA 2016. Nota: não houve coleta da informação sobre raça em 2010.

Dito isto, as taxas de realização não são uniformes segundo grupos. São, por exemplo, maiores entre mulheres nas regiões Norte/Centro-Oeste e Nordeste (15% e 18%) do que nas regiões Sudeste e Sul (11% e 6%), em capitais (16%) do que em áreas não metropolitanas (11%), com escolaridade até quarta série/quinto ano (22%) do que com nível superior frequentado (11%), renda familiar total mais baixa (até 1 salário-mínimo – S.M., 16%) do que mais alta (mais de 5 S.M., 8%), amarelas, pretas, pardas e indígenas (de 13% a 25%) do que entre brancas (9%), hoje separadas ou viúvas (23%) do que entre casadas ou em união estável (14%) e entre as que hoje têm filhos (15%) do que entre as que nunca tiveram (8%). Ressalvadas algumas variações, esse é um padrão semelhante ao observado em 2010.

Deve-se notar que estes grupos não refletem a situação das mulheres no momento do aborto, mas no momento da pesquisa. Tudo que varia ao longo do ciclo de vida das mulheres, portanto, influencia os resultados. Situação conjugal e filhos, por exemplo, devem ser características mais sujei-

tas a isso. A distribuição espacial e a renda variam menos, a educação se estabiliza na idade adulta e a raça pode se entendida como uma característica permanente. Além disso, alguns subgrupos têm tamanho pequeno – como as indígenas e amarelas – e isso pode terminar por produzir taxas discrepantes das obtidas em subgrupos grandes.

## Conclusões

A entrevista face-a-face subestima o número de abortos realizados pelas mulheres; resta saber, no entanto, se a técnica de urna também subestima abortos. Não há indicações claras de que essa subestimação seja relevante. Ao contrário, a estabilidade dos resultados no tempo sugere que a técnica identifica corretamente a realização de abortos, salvo, é claro, a existência de um viés sistemático e persistente afetando as respostas. Havendo viés, a quantidade de abortos no país seria ainda maior do que a estimada pela PNA 2016.

Isso permite dizer que o aborto é comum no Brasil. Os números de mulheres que declaram



ter realizado aborto na vida são eloquentes: em termos aproximados, aos 40 anos, quase uma em cada cinco das mulheres brasileiras fez um aborto; no ano de 2015 ocorreram cerca de meio milhão de abortos. Considerando que grande parte dos abortos é ilegal e, portanto, feito fora das condições plenas de atenção à saúde, essas magnitudes colocam, indiscutivelmente, o aborto com um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil. O Estado, porém, é negligente a respeito, sequer enuncia a questão em seus desenhos de política e não toma medidas claras para o enfrentamento do problema.

A frequência de abortos é alta e, a julgar pelos dados de diferentes grupos etários de mulheres, permanece assim há muitos anos. Entre a PNA 2010 e a PNA 2016, por exemplo, a proporção de mulheres que realizaram ao menos um aborto não se alterou de forma relevante. Ou seja, o problema de saúde pública chama a atenção não só por sua magnitude, mas também por sua persistência. As políticas brasileiras, inclusive as de saúde, tratam o aborto sob uma perspectiva religiosa e moral e respondem à questão com a criminalização e a repressão policial. A julgar pela persistência da alta magnitude, e pelo fato do aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais, a resposta fundamentada na criminalização e repressão tem se mostrado não apenas inefetiva, mas nociva. Não reduz nem cuida: por um lado, não é capaz de diminuir o número de abortos e, por outro, impede que mulheres busquem o acompanhamento e a informação de saúde necessários para que seja realizado de forma segura ou para planejar sua vida reprodutiva a fim de evitar um segundo evento desse tipo.

Metade das mulheres brasileiras abortou usando medicamentos. Como o medicamento mais comum para isso é o misoprostol (cujo nome comercial mais conhecido é Citotec®), justamente o recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a realização de abortos seguros, é provável que a mortalidade por complicações seja, hoje, menor do que em décadas passadas. Permanecem, no entanto, outros riscos importantes à saúde, o que se nota pelo fato de que metade das mulheres que abortou precisou ser internada para o finalizar, além de efeitos não explorados na PNA, como os sobre a saúde mental. A comparação entre 2010 e 2016 indica que a internação vem diminuindo, o que sugere que, apesar da ilegalidade e da repressão, as mulheres usam cada vez mais métodos com maior segurança para abortar.

Contrário aos estereótipos, a mulher que aborta é uma mulher comum. O aborto é frequente na juventude, mas também ocorre com muita frequência entre adultas jovens. Essas mulheres já são ou se tornarão mães, esposas e trabalhadoras em todas as regiões do Brasil, todas as classes sociais, todos os grupos raciais, todos os níveis educacionais e pertencerão a todas as grandes religiões do país. Isto não quer dizer, porém, que o aborto ocorra de forma homogênea em todos os grupos sociais. Há diferenças que merecem atenção de análises adicionais, em particular as maiores taxas entre mulheres de baixa escolaridade e renda, pretas, pardas e indígenas, além das expressivas diferenças regionais. Além disso, vale ressaltar que, por limitações de extensão dos questionários determinadas pela técnica de urna, a PNA identifica as características das mulheres à época das entrevistas, mas não é capaz de traçar um perfil das mulheres na época do aborto.

## Colaboradores

D Diniz, M Medeiros e A Madeiro participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Agradecimentos

Agradecemos à equipe da Anis – Instituto de Bioética e ao IBOPE Inteligência pelo levantamento de dados. A pesquisa foi financiada pelo Fundo Nacional de Saúde/MS e Fundo Elas.

## Referências

1. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.
2. Medeiros M, Diniz D. Recommendations for abortion surveys using the ballot-box technique. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1721-1724.
3. Olinto M. Estimativa da Freqüência de Abortos Induzidos: teste de uma metodologia. *Rev Bras Estud Popul* 1994; 11(2):255-258.
4. Madeiro AP, Rufino AC. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina-Piauí. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1735-1743.
5. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omiyedei AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui AO. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health* 2011; 6(Supl. 1):S111-S125.
6. Singh S, Remez L, Tartaglione A. *Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity: a review*. Washington: Guttmacher Institute; 2010.
7. Lara D, Strickler J, Olavarrieta C, Ellertson C. Measuring induced Abortion in Mexico: a comparison of four methodologies. *Sociol Methods Res* 2004; 32(4):529-558.
8. Olinto M, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15(5):331-336.
9. Rossier C. Estimating Induced Abortion Rates: A Review. *Stud Fam Plann* 2003; 34(2):87.
10. Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L. The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia. In: Mundigo AI, Indriso C, editors. *Abortion in the developing world*. London, New York: Zen Books; 1999. p. 149-172.
11. Silva R. Cegonhas Indesejadas: aborto provocado. *Estud Fem* 1993; 1(1):123-133.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde*. 2013. *Ciclos de vida. Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
13. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1671-1681.
14. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *Int Fam Plan Perspect* 1994; 20(1):4-13.
15. Singh S, Wulf D. Estimating Abortion Levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data. *Int Fam Plan Perspect* 1991; 17(1):8-24.
16. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). *Rev Saude Sex Reprod* 2006; 26:1-10.
17. Martins-Melo FR, da Silveira Lima M, Alencar CH, Ramos Júnior AN, Carvalho FHC, Machado MMT, Heukelbach J. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saude Publica* 2014; 48(3):508-520.

---

Artigo apresentado em 24/08/2016

Aprovado em 23/09/2016

Versão final apresentada em 25/09/2016