
ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE INTERNAÇÃO POR ABORTOS COMPLICADOS NA MACRORREGIÃO SUL CATARINENSE**CHARACTERIZATION OF HOSPITALIZATION CASES BY COMPLICATED ABORTIONS IN MACRO-REGION SOUTH CATARINENSE**Rafaela Teixeira Bonassa¹Maria Inês da Rosa²Kristian Madeira³Priscyla Waleska Simões⁴**RESUMO**

Introdução: O aborto é um importante problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, anualmente ocorrem aproximadamente 1,5 milhão de abortamentos espontâneos ou inseguros com uma taxa de 37 abortamentos para cada 1000 mulheres entre 15 e 49 anos. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos abortos na macrorregião Sul Catarinense entre 1999 a 2010. **Metodologia:** Estudo ecológico, descritivo e temporal com dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares. Para descrever o perfil epidemiológico foi calculada a taxa de aborto das mulheres em idade fértil residentes no local. **Resultados:** Registrou-se a maior taxa média de abortos, para todos os anos, na microrregião de Criciúma (3,6 abortos p/1000 mulheres em idade fértil) e a menor na microrregião de Araranguá (2,9 abortos p/1000 mulheres em idade fértil). O período de 2001 a 2007 apresentou queda progressiva das taxas registradas. O ano de 2007 obteve a menor taxa de abortos (1,7 abortos p/1000 mulheres em idade fértil) e 2000 a maior taxa (2,5 abortos p/1000 mulheres em idade fértil). No período restante, 2008 a 2010, houve uma queda com taxa de 1,9 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil) em 2010. Em relação à faixa etária a maior taxa média foi encontrada entre 20 a 29 anos (5,8 abortos p/1000 mulheres em idade fértil). Outras gravidezes que terminam em aborto teve a maior taxa média (1,4 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil). A cor/raça branca foi a predominante com 91%. **Conclusões:** Observa-se uma queda na taxa de abortos na Macrorregião Sul Catarinense no período de 1999-2010. Na Macrorregião Sul Catarinense o perfil epidemiológico do aborto mostra que é de mulheres brancas, jovens e com predomínio na Microrregião de Criciúma.

Descritores: Aborto. Outras gravidezes que terminam em aborto. Brasil. Epidemiologia Descritiva.

¹ Médica. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC.

² Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médica Especialista em Ginecologia pela Universidade Federal de Santa Maria. Responsável pelo Laboratório de Epidemiologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma - SC.

³ Mestre em Educação. Professor de Bioestatística. Pesquisador do Laboratório de Epidemiologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC.

⁴ Doutora em Ciências da Saúde. Professora de Informática Médica. Pesquisadora do Laboratório de Epidemiologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Criciúma-SC

ABSTRACT

Background: Abortion is a major public health problem. According to the World Health Organization (WHO) each year there are approximately 1.5 million unsafe or spontaneous abortions at a rate of 37 abortions per 1000 women aged 15 to 49 years in Brazil. **Objective:** To describe the epidemiological profile of abortions in the southern Santa Catarina from 1999 to 2010. **Methodology:** Ecological study, descriptive and temporal data from the Sistema de Informações Hospitalares. To describe the epidemiological profile was calculated abortion rate by dividing the number of abortions by women of childbearing age residing in the same area and time period and multiplied by 1000. **Results:** We observed the greatest rate of abortions for every year in the microregion of Criciúma (3.6 abortions p/1000 women of childbearing age) and the lowest in the microregion of Araranguá (2.9 abortions in women p/1000 childbearing age). The period from 2001 to 2007 showed a continuing decrease year 2007 showed the lowest abortion rate (1.7 p/1000 women of childbearing age) and 2000 the highest rate (2.5 p/1000 age women fertile). . In the remaining period from 2008 to 2010 there was a decrease in rate (p 1.9 abortions / 1,000 women of childbearing age) in 2010. Regarding age the highest average was found between 20 and 29 years (5.8 abortions p/1000 women of childbearing age). The other pregnancies ending in abortion had the highest average with (p 1.4 abortions / 1,000 women of childbearing age). The white color / race was predominant with 91%. **Conclusions:** There was a decrease in the rate of abortions in the southern Santa Catarina in the period 1999-2010. The epidemiology of abortion shows that it has been held by white women, young and predominantly in the microregion of Criciúma.

Keywords: Abortion. Other pregnancies ending in abortion. Brazil. Descriptive Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definem abortamento como a expulsão ou a extração de um concepto pesando 500 gramas ou menos, com até 20-22 semanas de gestação completas¹.

Os abortamentos podem ser classificados de acordo com a etiologia; em provocados ou espontâneos², e de acordo com o momento em que ocorrem; em precoces ou tardios. Um abortamento precoce é aquele que ocorre até a 13^o semana de gestação, já o tardio ocorre entre a 13^o e a 20-22^o semana³.

Diversas são as causas relacionadas aos abortamentos, sendo as anomalias cromossômicas as responsáveis por pelo menos metade dos abortamentos precoces. Outras causas importantes são: fatores fetais, ambientais, imunológicos e paternos; anormalidades endócrinas; uso de drogas ilícitas e a idade materna. A idade materna tem uma grande participação nesta condição, sendo que a incidência de abortamento aumenta de 12%, nas mulheres com menos de vinte anos, para 26% naquelas com mais de quarenta anos⁴.

De acordo com a OMS, no Brasil, 31% das gestações terminam em aborto. Anualmente ocorrem aproximadamente 1,5 milhão de abortamentos espontâneos ou inseguros com uma taxa de 37

abortamentos para cada 1000 mulheres entre 15 e 49 anos. A maior concentração de abortamentos ocorre entre 20 e 29 anos¹.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2005, foram notificados 1.054.242 abortos induzidos no Serviço de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. No entanto, os casos de internação registrados pelo SIH/SUS representam uma parcela do universo total, pois alguns autores, como Monteiro e Adesse⁶ estimam que entre 1/3 e 1/7 do número de internações por complicação ocorra em decorrência de aborto no mundo. Laurenti e colaboradores realizaram um estudo nas capitais brasileiras que permitiu identificar que o aborto correspondia à terceira causa de morte materna (11,4%), apesar da subnotificação nas declarações de óbito⁷.

O abortamento além de um problema de Saúde Pública traz à tona questões religiosas, políticas e sociais⁸. Pela legislação brasileira, o abortamento é tratado como crime previsto nos artigos 124 e 128 do Código Penal vigente, desde o ano de 1940. Três modalidades de abortamento são caracterizadas pela legislação: o provocado pela gestante, o provocado por terceiro sem o consentimento da gestante e o provocado por terceiro com consentimento da gestante. A Lei define como lícita a prática do abortamento em apenas duas situações: quando a gravidez resulta de estupro e há o consentimento da gestante ou de seu responsável legal (aborto sentimental), ou o aborto necessário ou terapêutico, aquele que é realizado para assegurar as condições de saúde materna⁹.

Diante da importância deste tema e da necessidade de destacar dados epidemiológicos que possam contribuir na elaboração de políticas de saúde voltadas para a população estudada, esse trabalho visa avaliar o perfil epidemiológico de aborto espontâneo, aborto por razões médicas e outras causas que terminam em aborto na Macrorregião Sul Catarinense no período de 1999 a 2010.

MÉTODOS

Esta pesquisa se trata de um estudo ecológico, descritivo e temporal, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi conduzido o estudo, sob o protocolo 08/2011.

Utilizamos o capítulo II da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) para classificar os eventos em CID O03 (Aborto espontâneo), CID O04 (Aborto por razões médicas e legais) e CID O05 (Outros tipos de aborto).

A população do estudo foi composta por mulheres que apresentaram aborto espontâneo, aborto por razões médicas e outras gravidezes que terminaram em aborto com registro no Sistema de Informações Hospitalares no período de 1999 a 2010. Para descrever o perfil epidemiológico foi calculada

a taxa de aborto pela divisão do número de abortos pelas mulheres em idade fértil residentes no mesmo local e período e multiplicou-se por 1000.

A população considerada foi de mulheres residentes dos municípios da Macrorregião Sul de Santa Catarina, composta pela Microrregião dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC), Microrregião dos Municípios de Laguna (AMUREL) e Microrregião dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC). Os dados populacionais utilizados foram referentes aos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰.

As idades foram estratificadas de acordo com os seguintes grupos adotados pelo SIH¹¹: 10-14; 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80 anos ou mais. Em relação à raça/cor dos indivíduos, utilizou-se a seguinte classificação: branca, preta, parda, amarela, indígena e sem informação¹².

O acesso e a tabulação dos dados foram realizados a partir do programa TabNet disponível para acesso online pelo Departamento e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e pelo software TabWin versão 3.6. Tanto os indicadores quanto a análise estatística descritiva foram desenvolvidos no software Excel versão 2007.

RESULTADOS

No período de 1999 a 2010 ocorreram 10.890 abortos na Macrorregião Sul Catarinense. Em relação às microrregiões, Criciúma apresentou a maior taxa média, com 3,6 ($\pm 0,56$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil. A maior taxa ocorreu no ano 2000 com 4,6 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil e a menor taxa em 2004 com 2,9 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil. A caracterização da amostra está apresentada na Tabela 1.

A microrregião de Tubarão mostrou taxa média de 3,1 ($\pm 0,33$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil sendo a menor taxa no ano de 2007 com 2,6 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil. A microrregião de Araranguá teve a menor taxa média, com 2,9 ($\pm 0,57$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil, sendo registrada a menor taxa no ano de 2007 com 1,3 abortos p/1000 mulheres em idade fértil.

A taxa de aborto na Macrorregião Sul Catarinense no período de 2008 a 2010 predominou na cor/raça branca com 91% dos casos, seguindo-se pela raça preta (5%), e pela parda (1%).

Entre as faixas etárias analisadas, a maior taxa de abortos ocorreu dos 20 aos 29 anos com uma taxa média de 5,8 ($\pm 0,58$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil, seguindo-se de 3,9 ($\pm 0,50$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil entre 30 a 39 anos; 3,6 ($\pm 0,53$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil entre 15 a 19 anos; 1,2 ($\pm 0,20$) abortos p/1000 mulheres em idade fértil entre 40 a 49 anos e de apenas 0,2

($\pm 0,08$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil entre 10 a 14 anos, menor taxa média registrada (Figura 1).

A taxa de abortos da Macrorregião Sul Catarinense apresentou um declínio entre 2001 e 2007 sendo que a menor taxa registrada ocorreu no ano de 2007 com 1,7 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil e a maior taxa em 2000 com 2,5 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil. A taxa média do período estudado foi de 2,1 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil. No período restante, de 2008 a 2010 ocorreu uma queda nas taxas estudadas, com destaque à taxa de abortos de 2010 de 1,9 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil.

Em relação aos tipos de aborto, as outras gravidezes que terminam aborto apresentaram maior taxa média no período analisado com 1,4 ($\pm 0,15$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil; o aborto espontâneo teve taxa média de 0,7 ($\pm 0,2$) p/ 1000 mulheres em idade fértil; o aborto por razões médicas manteve-se constante com pouca variação ao longo dos anos sendo a maior taxa registrada em 2003 com 0,1 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil (Figura 2).

DISCUSSÃO

De acordo com os dados do SIH, ocorreu uma redução na taxa de abortos durante o período analisado (1999 a 2010)^{13,14}. Corroborando com nossos achados, uma série histórica realizada entre 1992 e 2005, confirmou, para todas as regiões e grupos etários, redução das internações por abortamento de 1991 a 1996 e estabilização até 2005. Nesse último ano, estimou-se a realização de 1.054.242 abortos, com taxa média de 20,7 abortos/ 1000 mulheres entre 15-49 anos, apresentando estatísticas mais elevadas que em países da Europa Ocidental (11 abortos p/ 1000 mulheres entre 15-44 anos), locais onde há acesso fácil aos contraceptivos e o aborto é permitido pela lei^{6,15}.

É importante destacar que nosso estudo considerou uma parcela dos casos de aborto e não do universo total, pois, alguns autores, como Monteiro e Adesse⁶ estimam que entre 1/3 e 1/7 do número de internações por complicação ocorra em decorrência de aborto no mundo.

Num estudo brasileiro que também considerou dados do SIH com internações por abortamento de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), entre os anos de 1992 a 2005, mostrou que a região Sul teve a menor taxa de abortos em 2005 (12,8 abortos p/ 1000 mulheres) em comparação com as demais regiões brasileiras. Os autores do trabalho mencionam que provavelmente parte dessas diferenças regionais sejam atribuídas a maior e mais eficaz utilização de métodos anticoncepcionais, o que diminui a incidência de gestações indesejadas e necessidade de recorrer a técnicas inapropriadas de aborto¹⁵.

Segundo dados do nosso estudo, 91% dos abortos ocorreram em mulheres da raça branca, o que pode ser explicado pela composição étnica da Macrorregião Sul Catarinense, formada na sua grande maioria por caucasianos e descendentes¹². A raça branca também foi majoritária no estado de Santa Catarina e na Região Sul do Brasil com 82% e 72%, respectivamente. No entanto, no Brasil a raça predominante é a parda, correspondendo a 32% dos casos, o que reflete o variado grau de miscigenação na composição étnica do nosso país¹².

Num estudo paulista publicado em 2009, que incluiu uma amostra de 12.612 mulheres, mostrou que o aborto foi mais frequentemente mencionado por mulheres não brancas¹⁶. Outro estudo brasileiro, de 2005, com 372 mulheres entrevistadas, revelou que a maioria dos abortos ocorreu em mulheres pardas/mulatas¹⁷. Em contraste com os estudos apresentados, foi publicado em 2007 nos Estados Unidos da América (EUA), um trabalho que evidenciou que os abortos ocorrem mais em mulheres brancas (55,9%) seguindo-se pelas negras (36,5%)^{18,19,20}.

As diferenças apresentadas anteriormente podem ser decorrentes da dificuldade nas definições relacionadas à cor e raça, já que os dados epidemiológicos referentes a essa variável sofrem uma certa influência no subjetivismo dos registros e na característica da população estudada.

Os dados epidemiológicos das faixas etárias analisadas em nossa casuística demonstram que a maior taxa média de abortos ocorreu entre os 20 a 29 anos (5,8 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil). Segundo dados do SIH, o estado de Santa Catarina também apresentou a maior taxa média nesta faixa etária (5,5 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil), assim como o Brasil (7,5 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil)¹³.

Um estudo realizado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos, analisou um total de 827.609 abortos entre 1998 e 2007, e demonstrou que as mulheres com idade entre 20 a 29 anos representaram a maioria (56,9%), com uma taxa média de 21,4 e 29,4 abortos p/1000 mulheres com idades entre 25 a 29 e 20 a 24 anos, respectivamente²⁰.

Os estudos acima citados confirmam que a faixa etária de 20-29 anos é a principal responsável pelo total de abortos, entretanto a taxa média registrada pelo CDC é maior do que a registrada pelo SIH^{20,11}, fato que pode ser atribuído a uma subnotificação dos casos no território brasileiro.

Alguns estudos têm investigado as causas de aborto associadas às diferentes faixas etárias. Num estudo realizado em 2009 no Noroeste do Paraná, com 140 mulheres, buscou identificar o principal motivo que levou as mulheres de 20 a 29 anos a induzirem o aborto, e encontrou correlação positiva entre ausência de parceiro e relação instável²¹. No subgrupo de mulheres com idade superior a 35 anos, as taxas

de aborto estiveram mais associadas às complicações maternas, fetais e obstétricas, associado ao significativo aumento na taxa de alterações cromossômicas nesta idade²³.

Em contraste com os dados supracitados, um estudo transversal de base populacional, com amostra de 3002 mulheres em idade fértil, realizado no Brasil no ano de 2006, mostrou que o aborto apresentou um aumento linear relacionado a idade das mulheres, sendo 1,6%, 3,1%, 6,5%, e 9%, para os grupos de 15 a 19 anos, 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos, respectivamente.²¹ Neste estudo os autores chamam atenção de que é possível que entre mulheres mais jovens tenha havido maior omissão do relato de aborto, como já comentado em outros trabalhos²⁴, 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.²¹

Outra característica importante seria a correlação da idade paterna como fator de risco para o aborto, assim, buscando responder a essa questão, foi desenvolvido um estudo populacional retrospectivo que incluiu 3.174 mulheres da Dinamarca, Alemanha, Itália e Espanha, em 2002, com idade entre 25-44 anos, e buscou verificar se a idade paterna avançada também é um fator de risco na incidência de abortamentos, assim como a idade materna²³. Nessa pesquisa, os autores analisaram a idade materna e paterna em conjunto utilizando a idade do casal como variável categórica simples em um modelo de análise multivariada. Os dados obtidos indicaram que casais compostos por mulheres com idade maior ou igual a 35 anos e homens com idade maior ou igual a 40 anos apresentaram uma incidência maior de abortos, entretanto diversos vieses de compensação reprodutiva (ou seja, taxas de aborto espontâneo baixas para os resultados das últimas gestações devido à atitude do casal, pois nesse caso, os casais tendem a "substituir" um aborto por outra gravidez até que consigam um nascimento vivo) poderiam estar envolvidos²³.

Na Macrorregião Sul Catarinense, entre as classificações de aborto com base no CID, a maior taxa média de nossa amostra foi atribuída à outras gravidezes que terminam em aborto, representando 1,4 ($\pm 0,15$) abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil. De acordo com o SIH, no estado de Santa Catarina, a taxa média registrada foi de 2,0 abortos p/1000 mulheres em idade fértil, na Região Sul do Brasil foi de 1,7 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil e no Brasil foi de 2,1 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil.¹²

É importante destacar que outras gravidezes que terminam em aborto contemplam todos os abortos provocados e abortos inseguros. A OMS definiu em 1998 aborto inseguro como o processo de interrupção da gravidez realizado por pessoas sem capacitação profissional necessária e/ou a interrupção da gestação em um ambiente que não obedeça aos padrões médicos essenciais²⁵.

O aborto por razões médicas teve as menores taxas médias registradas tanto para a Macrorregião Sul, como para Santa Catarina, para o Sul do Brasil e para o Brasil. Esta variável, entretanto pode ter sofrido um viés já que existe dificuldade em se obter os dados reais do aborto em virtude das subnotificações. É possível verificar que a subnotificação não é condição exclusiva dos abortos induzidos. Por questões religiosas, preconceito e discriminação social, os abortos espontâneos podem ser negligenciados e os seus dados não refletirem a real incidência desta condição. Frequentemente o aborto espontâneo, costuma ser erroneamente considerado como um aborto induzido e as mulheres que sofreram tal condição se sentem ameaçadas do julgamento popular e de serem tratadas como potencialmente culpadas por um crime que não cometeram²⁶.

Por outro lado, o aborto provocado é um importante problema de Saúde Pública, principalmente nos países com leis que restringem a sua prática. A taxa de aborto provocado por 1000 mulheres em idade fértil varia amplamente, de 4 abortos p/1000 mulheres em idade fértil em países como a Holanda a 60 abortos p/ 1000 mulheres em idade fértil em países do Leste Europeu²⁵. O Brasil encontra-se entre estes extremos, com taxas 10 vezes superior às da Holanda, mas inferior às observada nos ex-países socialistas da Europa Oriental²⁵.

Uma questão observada nestas diferenças é o uso de métodos contraceptivos. Nos países do leste europeu a sua utilização fora proibida resultando em gravidezes indesejadas e conseqüentemente numa alta taxa de abortamentos induzidos. No Brasil os métodos contraceptivos são permitidos e incentivados por políticas de saúde, entretanto, investigações nacionais realizadas com mulheres em maternidades públicas evidenciaram um frágil e inconsistente conhecimento sobre contracepção^{27,28,29}. O acesso aos métodos, a pouca disponibilidade e a insuficiência de locais organizados para atendimento as demandas são outros fatores que influenciam e reforçam a necessidade de implementação de políticas mais efetivas^{27,28,29}.

Um estudo dos Estados Unidos da América realizado em 2007, mostrou que a ocorrência do aborto inseguro vem diminuindo, principalmente em regiões mais desenvolvidas. Em 1995, estimava-se uma taxa de 90 abortos p/ 1000 mulheres, com redução de 49% (44 abortos p/ 1000 mulheres) no ano de 2003³⁰. Segundo os autores, tal declínio pode estar sendo superestimado, já que os abortos vem sendo realizados de maneira clandestina e a notificação destes procedimentos conseqüentemente não é feita^{20,30,31}. No intuito de minimizar o impacto deste problema de Saúde Pública, a OMS costuma emitir periodicamente orientações e técnicas para a realização de aborto seguro para toda a extensão permitida pela lei²⁵.

Assim como em outros estudos observou-se em nossa pesquisa uma queda na taxa de abortos, dessa forma, podemos justificar possivelmente pelo maior uso de contraceptivos, maior informatização sobre a utilização de métodos anticoncepcionais utilizados para evitar não somente gravidezes indesejadas, mas também doenças sexualmente transmissíveis e a ocorrência de abortos clandestinos que não são notificados.

Um viés apresentado em nosso estudo é a relação com as variáveis do aborto. A maior taxa média ocorreu nas outras gravidezes que terminam em aborto. No entanto, como o aborto é ainda visto com preconceito, muitas vezes não se coloca a real razão do aborto no momento da notificação. No Brasil, as indicações do aborto legal são restritas, além disso, os profissionais, por diversas razões, não conhecem o que dispõe a legislação acerca dos direitos da mulher.

Podemos concluir que as maiores taxas de nosso estudo ocorreram na microrregião de Criciúma. Em relação a taxa de aborto por faixa etária, observou-se que o grupo de indivíduos entre 20 a 29 anos apresentou as maiores taxas, similar aos dados da literatura nacional e estrangeira. A raça predominante foi a branca condizendo com outros estudos internacionais.

No entanto, nossa casuística apresentou certa dificuldade na análise em relação à raça/cor pois o SIH não apresentou esta variável para os anos de 1999 a 2007.

Considerando a literatura utilizada para embasamento deste trabalho e os dados obtidos a partir do banco de dados do SIH, pode-se concluir que o aborto na Macrorregião Sul Catarinense tem sido realizado por mulheres jovens, brancas com um predomínio na Microrregião de Criciúma. O aborto é um grande problema de Saúde Pública e a identificação do perfil epidemiológico dos abortos é de extrema importância na orientação de políticas de saúde. Sugere-se ainda que futuras pesquisas desenvolvam as estimativas apresentadas no estudo de Monteiro e Adesse⁶.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS). International Women's Health Coalition. Abortamento Seguro: orientação técnica e política para os sistemas da saúde. Campinas, SP: Cemicamp; 2004.
2. Cerquetani JEF. Aborto eugênico. 2007. 92f. Monografia (Graduação em Direito) Faculdades Integradas (Antônio Eufrásio de Toledo) / Faculdade de Direito de Presidente Prudente, Presidente Prudente, 2007.
3. Rezende J, Montenegro CAB. Abortamento. In: Rezende J, Obstetrícia. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
4. Cunningham FG, et al. Willians obstetrícia. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de ciências, tecnologia, e insumos estratégicos. Departamento de ciências e tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2008. [Acesso em: 10 setembro de 2014]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto.pdf>>.
6. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões. In: Anais do 15º encontro nacional de estudos populacionais. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2006. [acessado em 20 de setembro de 2014]. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf.
 7. 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.
 8. Mariutti MG, et al. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Ver Latino-am Enfermagem*, 2007 jan/fev; 15(1): 20-6.
 9. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, 7 de dezembro 1940. Código penal. [Acesso em: 24 maio 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>.
 10. Morbidade –Notas técnicas. [homepage na Internet]. BRASIL. Sistema de Informações Sobre Morbidade. Ministério da Saúde ; 2011 [Acesso em: 10 setembro 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/obt10descr.htm>.
 11. População Residente –Notas Técnicas. [homepage na Internet]. SANTA CATARINA. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares; 2011 [Acesso em: 13 de setembro de 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>
 12. Morbidade Hospitalar do Sus por local de residencia – Notas técnicas. [homepage na Internet]. SANTA CATARINA. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares; 2011 [Acesso em: 13 de setembro de 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsc.def>
 13. População Residente –Notas Técnicas. [homepage na Internet]. SANTA CATARINA. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares; 2011 [Acesso em: 13 de setembro de 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>
 14. População Residente- Notas Técnicas.. [homepage na Internet]. SANTA CATARINA. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares; 2011 [Acesso em: 15 de setembro de 2014]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdescr.htm>
 15. Monteiro MFG, Adesse L. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. [Acesso em 10 de setembro de 2014]. Disponível em http://www.ims.uerj.br/downloads/ipas_ims_seminario_aborto.pdf.
 16. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(3):105-11
 17. Fusco CLB, Silva SARS, Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP *Rev Bras Epidemiol* 78 2008; 11(1): 78-88.
 18. Jones RK, Finer LB, Singh S. Characteristics of U.S. abortion patients, 2008. New York, NY: Guttmacher Institute. [Acesso em: 10 de setembro 2014]. Disponível em <http://www.guttmacher.org/pubs/US-Abortion-Patients.pdf>.
 19. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38:90–6.
 20. Pazol K, Zane S, Parker WY, Hall LR, Gamble SB, Hamdan S, et al. DA+ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Abortion surveillance - United States, 2007. Fonte: *MMWR Surveill Summ*;60(1):1-42, 2011 Feb 25.
 21. Olinto MTA, Filho DJM. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 365-375, fev. 2006.
 22. Andrade PC, et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev. Bras. Ginec. Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 697-702, out. 2004.
 23. Rochebrochard E, Thonneau P. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Hum Reprod* 2002;17:1649-1656.

24. Silva RS. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização 13. do aborto ilegal. *Revista Brasileira Estudos Populacionais* 1993;10(1/2):41-56. [20 de setembro de 2014] Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6001a1.htm>.
25. WHO. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: World Health Organization, 2003.
26. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2008 mar; 11(1): 78-88.
27. Schor N, França AP, Siqueira AAF, Pirotta KCM, Alvarenga AA. Adolescência: vida sexual e anticoncepção. In: *Anais do 11. Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. [acesso em 20 de setembro de 2014]. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a130.pdf>
28. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffkin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:556-75.
29. Scavone L, Brétin H, Thébaud-Mony A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. *Revista Estudos Feministas* 1994; 2:357-72.
30. Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Akinrinola B, Drescher J. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *Int Family Plann Perspect* 2007; 33: 106–16.
31. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies 8. Princeton, NJ and Calverton, MD: Office of Population Research, Princeton University and ORC Macro, 2005.

Tabela 1 – Perfil descritivo da população estudada

| Variável | Ano n(%) n= 10.890 | | | |
|---|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| | 1999-2001 n=2874 | 2002-2004 n= 2662 | 2005-2007 n=2546 | 2008-2010 n=2808 |
| Microrregiões | | | | |
| Tubarão | 991(34,5) | 1060(39,8) | 964(37,9) | 1006(35,8) |
| Criciúma | 1453(50,6) | 1123(42,2) | 1169(45,9) | 1244(44,3) |
| Araranguá | 430(15,0) | 479(18,0) | 413(16,2) | 558(19,9) |
| Raça/cor | | | | |
| Branca | - | - | - | 2550(90,8) |
| Preta | - | - | - | 124(4,4) |
| Parda | - | - | - | 39(1,4) |
| Amarela | - | - | - | 3(0,1) |
| Indígena | - | - | - | 1(0,0) |
| Sem informação | - | - | - | 91(3,2) |
| Faixa etária | | | | |
| 10-14 | 31(1,1) | 36(1,4) | 15(0,6) | 27(1,0) |
| 15-19 | 521(18,1) | 449(16,9) | 419(16,5) | 387(13,8) |
| 20-29 | 1219(42,4) | 1240(46,6) | 1167(45,8) | 1305(46,5) |
| 30-39 | 888(30,9) | 734(27,6) | 737(28,9) | 835(29,7) |
| 40-49 | 190(6,6) | 186(7,0) | 197(7,7) | 241(8,6) |
| 50-59 | 25(0,9) | 16(0,6) | 10(0,4) | 11(0,4) |
| Causas | | | | |
| Aborto espontâneo | 1281(44,6) | 925(34,7) | 765(30,0) | 801(28,5) |
| Aborto por razões médicas | 0(0,0) | 37(1,4) | 33(1,3) | 24(0,9) |
| Outras gravidezes que terminam em aborto | 1593(55,4) | 1700(63,9) | 1748(68,7) | 1983(70,6) |



Figura 1 – Taxa de Aborto por Faixa Etária

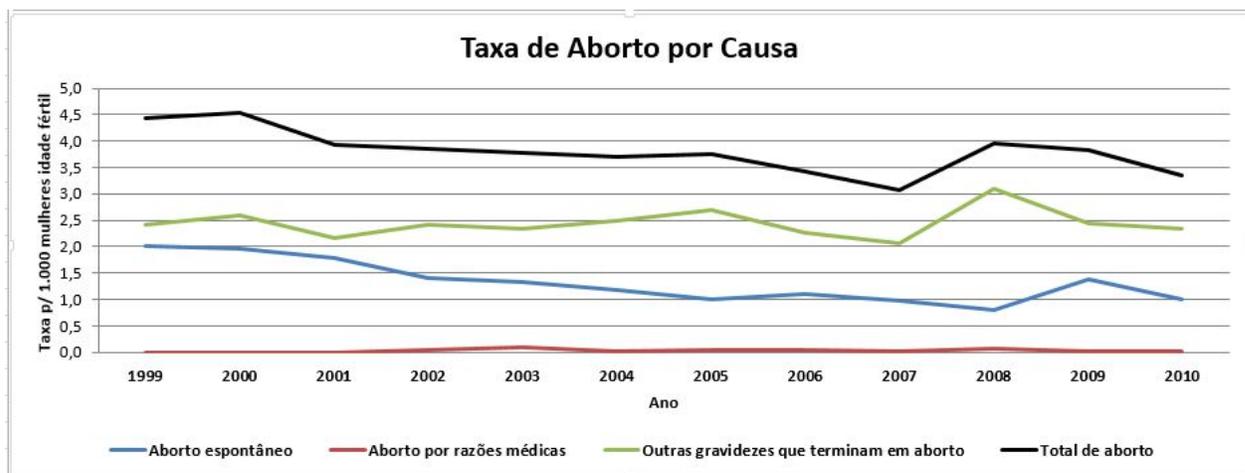


Figura 2 – Taxa de Aborto por Causa