

# Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras

Rebeca de Souza e Silva \*

*Impera, mundialmente, a percepção de que a gravidez na adolescência seja um problema. Isto porque, num passado próximo, observou-se um incremento nas taxas de fecundidade relativas a essas mulheres, concomitante a uma redução da taxa geral. Mesmo reconhecendo-se uma desaceleração mundial nas taxas de fecundidade das adolescentes, a atenção e a preocupação com o tema em pauta não deixam de crescer. Isso porque, paralelamente, a proporção de mães solteiras vem sofrendo um considerável incremento, com conseqüências graves para a mãe, o filho e a sociedade. A nosso ver, o problema chave é o de que diante de uma gravidez consumada, inclusive pelas agruras da inserção social dos adolescentes, restam-lhes poucas opções. Com isso, não raras vezes, recorrem ao aborto provocado ilegalmente, que se constitui em uma das principais, senão a principal causa de morte materna. Visando, então, contribuir para o aprofundamento dessa questão, procedeu-se a uma breve especulação sobre o impacto do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras, no decênio 1990-2000. Para tanto, recorreu-se ao artifício da extrapolação, partindo-se dos resultados obtidos em duas pesquisas de campo, mediante o emprego da TRA. Em linhas gerais, os dados vêm de encontro aos de Guzmán et alii, (2001), que revelam uma tendência a uma maior propensão de as adolescentes provocarem abortos na região da América Latina. De fato, contra o discreto aumento na proporção de abortos por gestações para o conjunto das mulheres brasileiras, entre as jovens – 20-24 anos de idade – esse aumento é da ordem de 38% e, entre as adolescentes, chega quase aos 50%! Do que resulta para estas últimas a ocorrência de nada menos que 42 abortos a cada 100 gestações.*

## Introdução

Há quase três décadas, a questão da sexualidade, da gravidez e da anticoncepção na adolescência tem mobilizado, sobretudo nos países mais desenvolvidos, um crescente interesse por parte de pesquisadores das áreas de Saúde Pública e afins. Ocorre que, via de regra, em tais países, verificou-se num primeiro momento, pelo menos até inícios dos anos 90, um incremento nas taxas de fecundidade relativas às mulheres entre 15 e 19 anos de idade, concomitante a uma

substantiva redução das taxas observadas nos demais grupos quinquenais de idade. Num curto espaço de tempo, esse comportamento foi observado, também, nos países menos desenvolvidos.

Atualmente, mesmo existindo fortes evidências de estar havendo uma desaceleração mundial nas taxas de fecundidade das adolescentes, a atenção e a preocupação com o tema em pauta não deixaram de crescer.

---

\* Professora Adjunta da UNIFESP/Departamento de Medicina Preventiva.

Talvez o precursor do interesse pelo tema em pauta seja o Instituto Alan Guttmacher (IAG), uma organização norte-americana dedicada à pesquisa nas áreas de saúde e materno-infantil. Em 1976, o IAG publicou um livro, intitulado “11 Million Teenagers”, destacando o crescente problema da gravidez na adolescência. Num segundo livro, “Teenage Pregnancy: The problem that hasn’t gone away”, publicado em 1984, os pesquisadores focalizaram comparativamente seis países – Canadá, França, Suécia, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos – para sugerir alternativas de como lidar com o problema dos altos níveis de gravidez na adolescência.

Contudo, foi a partir de 1985, considerado o Ano Internacional da ONU para a juventude, que se consolidou um maior número de fóruns para o debate do tema.

Foi nesse mesmo ano, por exemplo, que o Instituto Mexicano del Seguro Social, a Academia Mexicana de Investigación en Demografía e o Centro de Orientación para Adolescentes promoveram um importante debate sobre a questão da adolescência na América Latina e no Caribe. A partir daí, a preocupação com o referido tema deixou de ser “monopólio” dos países desenvolvidos. Os participantes desse Encontro constataram que, embora as taxas de fecundidade entre as adolescentes fossem mais elevadas num passado próximo, a proporção de mães solteiras vinha sofrendo um considerável incremento, com consequências graves para a mãe, o filho e a sociedade.

Afinal, por que altos níveis de gravidez na adolescência representam, necessariamente, um problema?

Muitos estudos epidemiológicos apontam, de fato, associação entre uma maior mortalidade materna e a maternidade precoce, e no entanto o próprio IAG salienta não haver consenso de que as adolescentes tenham uma probabilidade maior que as outras mães de morrerem durante o parto. Mais que isso, na verdade, são as mães mais velhas que morrem mais por ocasião do parto (IAG 1989). Além disso, ao que tudo indica, as mães adolescentes

superam as outras em probabilidade de morte, apenas em decorrência de afecções associadas à hipertensão (Siqueira *et al.* 1984).

Onde reside, então, o referido problema?

Segundo o IAG, são várias as razões para a preocupação em relação à gestação e à maternidade na adolescência. Alguns economistas apontariam forte associação entre pobreza – ou desvantagem social em geral – feminina e maternidade precoce. Os sociólogos estariam conscientes da relação bidirecional entre baixo nível de escolaridade e maternidade e casamento prematuros. Os demógrafos projetariam para um longo prazo maior demanda de escolas, serviços de saúde e empregos advindos de um crescimento populacional mais rápido inerente à fecundidade elevada e à maternidade precoce. Além disso tudo, haveria uma grande probabilidade de que mães muito jovens não possuíssem condições de proporcionar aos seus filhos sequer as necessidades básicas, prejudicando assim o bem-estar das crianças e, como resultado, ampliar-se-ia a demanda por serviços governamentais. Mais ainda, ao interromperem precocemente sua educação, as mães adolescentes teriam menos chance de contribuir com o seu talento para a sociedade e para a manutenção de sua própria família (IAG, 1989).

A nosso ver, nenhum desses argumentos problematizam a gravidez adolescente em si mesma, refletindo, tão somente, problemas de estruturação social. Não obstante, prestam-se, sem dúvida alguma, a “estigmatizar” este tipo de gravidez. Do nosso ponto de vista, é justamente no fato de esse tipo de gravidez ser tão rechaçada socialmente que reside o cerne de toda a problemática em questão. Ao ser rechaçada, a gravidez se apresenta como indesejada e, não raras vezes, termina em aborto provocado.

Assim é que, diante de uma gravidez consumada, inclusive pelas agruras da inserção social dos adolescentes, restam-lhes poucas opções, cabendo às mulheres, em geral, o maior ônus. Ou optam, até por falta de alternativas, pelo nascimento do filho, e não raras vezes de forma solitária,

sem o apoio do companheiro ou mesmo da família. Às vezes, antecipam uma união mal consolidada. Outras vezes, recorrem ao aborto provocado, sabe-se lá em que condições de seguridade e com que tipo de apoio emocional.

Dessas alternativas a mais arriscada para a saúde física e mental da jovem mulher, sem nenhuma dúvida, é a opção pelo aborto provocado. Não pelo procedimento em si, pois desse ponto de vista é bastante seguro quando realizado em local higiênico e por profissionais qualificados, mas pela forma como é realizado no Brasil. Por se tratar de uma prática ilegal — anote-se que o aborto provocado só é permitido quando há risco de vida para a mãe ou quando a gravidez resulta de um estupro —, é realizado clandestinamente, sem qualquer controle de higiene e, não raras vezes, por pessoal pouco qualificado, ou é até mesmo autoprovocado.

O aborto provocado ilegalmente se constitui em uma das principais, senão a principal causa de morte materna (Puffer, 1987). No Brasil, por exemplo, cogita-se que o aborto ilegal ocupe, nos grandes centros urbanos, o segundo lugar entre os motivos de morte materna (Siqueira *et alii*, 1984; Laurenti *et alii*, 1990).

O padrão de alta incidência de abortos provocados entre mulheres adolescentes unidas e/ou não unidas é, sem dúvida alguma, mais característico dos países desenvolvidos (a esse respeito veja-se, por exemplo, Singh e Darroch, 2000). Não obstante, mediante uma revisão da literatura sobre o tema, Guzmán *et alii* (2001) indicam uma possível tendência para a região da América Latina, em que se assinala uma maior propensão de as adolescentes provocarem abortos. Em essência, ainda que os dados não sejam conclusivos — uma vez que não existem dados oficiais, e tão pouco se dispõe de dados confiáveis —, esses autores argumentam que a possibilidade de que tal tendência se intensifique num futuro próximo converte as adolescentes em um grupo de risco ainda mais importante.

De qualquer forma, sendo ou não o aborto provocado mais freqüente entre as

adolescentes, deve-se dedicar atenção especial a esse grupo de mulheres, tanto por sua vulnerabilidade diante da vida, como pela falta de recursos, pela dificuldade de acesso a uma atenção médica adequada, etc.

Deve-se, pois, lamentar a falta de estimativas confiáveis sobre a reprodução na adolescência a níveis nacionais, entendendo-se o termo reprodução de forma ampla, que inclui tópicos como a constituição da família, gravidez, nascimento, aborto e anticoncepção, dentre outros, com especial destaque para o aborto provocado, seguramente o menos devassado — quer pela ilegalidade de tal prática, quer pela conotação de crime ou pecado a ela atribuída.

Nesse sentido, e visando contribuir para o aprofundamento dessas questões, procede-se a uma breve especulação sobre o impacto do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras, no decênio 1990-2000.

## Objetivos

Objetiva-se esboçar um possível perfil para o comportamento do aborto provocado no Brasil, no decênio 1990/2000, em função das proporções de abortos por mulher, abortos por gestação e gestações por mulheres, separadamente, para as subpopulações de adolescentes — 15 a 19 anos — e de jovens — 20 a 24 anos —, contrastando-as com as demais mulheres em idade fértil, 25 a 49 anos.

## Material e método

Para cumprir os objetivos propostos, lançou-se mão do recurso da extrapolação, partindo-se de dados localizados — no sentido de serem circunstanciados e particulares — para o total do Brasil. Em definitivo, num primeiro momento, partiu-se da premissa de que 4% das mulheres em idade fértil recorrem ao aborto provocado, no período de um ano calendário. Em primeiro lugar, porque esta foi exatamente a proporção de abortos provocados estimada pela aplicação da Técnica de

Resposta ao Azar – TRA, em duas pesquisas domiciliares desenhadas especialmente com essa finalidade. Uma delas foi efetuada entre as mulheres em idade fértil residentes no sub-distrito de Vila Madalena, município de São Paulo, em 1987. A outra, em moldes similares, foi levada a cabo na cidade de São Paulo, em 1993. Em segundo lugar, porque esta porcentagem assume valor plausível dentro do esperado no âmbito da América Latina (a esse respeito veja-se, por exemplo, Guzmán *et al.*, 2001).

Num segundo momento, admitiu-se que a recorrência ao aborto provocado varia, fundamentalmente, em função do nível de fecundidade vigente numa dada região. Assim sendo, a distribuição percentual de abortos provocados por idade da mulher foi obtida extrapolando-se para o país os resultados obtidos nas pesquisas de campo supra-citadas, levando-se em consideração a proximidade existente entre a média de nascimentos vivos observadas em cada um dos universos de pesquisa de campo e as anotadas para o Brasil.

Com base naquele pressuposto, em virtude da fecundidade mais reduzida, a pesquisa realizada em Vila Madalena prestou-se a determinar as proporções de aborto provocado, por grupos de idade da mulher, vigentes no Brasil, em 2000 – de fato, depreende-se das tabelas 1 e 2 que, em Vila Madalena, a média de nascidos por mulher é mais reduzida do que a que vigorava na Cidade de São Paulo, e nas tabelas 3 e 4 verifica-se que a média de nascimentos vivos, no Brasil, diminui de 1990 a 2000.

Conseqüentemente, a pesquisa realizada na Cidade de São Paulo, onde se observa um “nível de fecundidade” superior ao de Vila Madalena, prestou-se a estimar o montante de abortos por faixa etária da mulher, para o Brasil, em 1990.

A informação sobre a população de mulheres para o Brasil, em 1990, foi estimada a partir do Censo Demográfico de 1991, do qual se retirou também a distribuição etária. Paralelamente, tanto os dados sobre a população total de mulheres para o Brasil em 2000, como os dados sobre sua estrutura etária, provêm do Censo Demográfico de 2000. Por fim, deve ser

esclarecido que a informação sobre o total de nascimentos vivos ocorridos no Brasil, em 1990, deriva das Estatísticas do Registro Civil (FIBGE) para aquele mesmo ano, devidamente corrigidas para o sub-registro, segundo recomendações de Morell e Alves (1995) — a saber, avaliou-se uma subestimação de nascidos vivos da ordem de 50% —, respeitando-se a distribuição original dos eventos segundo a idade da mãe.

Por outra parte, a estimativa da distribuição dos nascimentos vivos por idade da mãe, para o Brasil, no ano 2000, foi tomada diretamente das Estatísticas do Registro Civil de 1999 — a mais recente delas. O montante de nascimentos vivos é que, em última instância, não foi estabelecido com a precisão desejada. Primeiro, por não se dispor de uma estimativa para o sub-registro dos nascimentos vivos — mesmo tendo-se em mente que tal omissão vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos, ela não é nula. Segundo, porque os dados preliminares da FUNASA apontam que entre 1999 e 2000 houve, no Brasil, uma diminuição do número total de nascidos vivos em termos absolutos — de tal sorte que o montante de nascimentos apontados para 2000 é apenas sensivelmente superior ao registrado para 1990 (sem as devidas correções, obviamente). Com isso, pareceu-nos mais cauteloso adotar para 2000 um total de nascimentos vivos que fosse, no mínimo, igual ao estimado para 1990. Assim, o bom senso direcionou a decisão de se fixar o total de nascimentos vivos para o país, em 2000, em 3,4 milhões.

Finalizando, aclare-se que as gestações são tratadas aqui, simplesmente, como sendo a soma de nascimentos vivos e de abortos provocados. As razões para se adotar essa estratégia de análise estão bastante bem elucidadas em Tietze (1987).

#### a) Sobre as pesquisas populacionais

A pesquisa de Vila Madalena, levada a cabo no ano de 1987, foi desenvolvida com o objetivo de caracterizar o comportamento do aborto provocado na referida região. Com os fins propostos, foi realizada uma amostragem aleatória de quarteirões, com

posterior sorteio de domicílios, nos quais foram eleitas as mulheres que integraram a pesquisa — uma em cada domicílio. No total, contou-se com a participação de 2000 mulheres em idade fértil — entre 15 e 49 anos de idade.

Desenhada com os mesmos objetivos e, por conseguinte, lançando mão de igual metodologia de levantamento de informações, a pesquisa realizada para a cidade de São Paulo, em 1993, contou com a participação de 1749 mulheres em idade fértil.

Vale ressaltar que essas duas pesquisas se diferenciam, exclusivamente, no que diz respeito ao critério de seleção das amostras. Assim sendo, aclare-se que para a cidade de São Paulo, partiu-se da seleção aleatória de setores censitários e, dentro dos setores contemplados, sortearam-se os quarteirões e, nestes, a partir de um início casual percorreram-se os domicílios até que fossem efetivadas 10 entrevistas — uma em cada domicílio. Esse critério de sorteio, idealizado para a avaliação da cobertura vacinal, produz resultados que não se distanciam significativamente do método equi-probabilístico, além de ser de simples aplicação e apresentar-se com custo bastante reduzido (Alves Cardoso, 1990).

Enfim, para cumprir os objetivos propostos em ambas as pesquisas de campo, o procedimento metodológico foi desenvolvido de sorte a compreender a realização de três etapas independentes, mas complementares, de levantamento de informações.

Na primeira etapa, mediante a utilização do levantamento convencional, isto é, da aplicação de questionário, além dos dados básicos — idade, estado conjugal, profissão, escolaridade, etc. —, investigou-se a história genésica do total de mulheres entrevistadas.

Como decorrência do que será exposto na seqüência, nas outras duas etapas de trabalho procedeu-se a um corte no tempo para o levantamento das informações adicionais, de tal sorte que, nestas etapas, o alvo de interesse centrou-se, fundamentalmente, nos episódios gravídicos ocorridos no ano anterior ao das pesquisas, ou seja, 1986 e 1992.

Dito de forma mais precisa, é após o levantamento das informações básicas — primeira etapa —, que se configuram as outras duas etapas, que se prestam, exclusivamente, à captação dos eventos ocorridos no período de um ano calendário.

Especificamente na segunda etapa de trabalho, apenas para a metade do total de mulheres entrevistadas — mais precisamente, para 1004 mulheres residentes no sub-distrito de Vila Madalena e para 887 mulheres residentes na cidade de São Paulo — investiga-se, ainda mediante abordagem direta, se elas estiveram grávidas no ano anterior, especificando-se os resultados das eventuais gestações. Ou seja, para essas mulheres — que deveriam totalizar exatamente a metade do número de mulheres entrevistadas, não fossem as eventuais perdas de informação —, todas as informações (as básicas, as que se referem ao comportamento reprodutivo ao longo da vida das mulheres, bem como as que se referem especificamente ao comportamento reprodutivo do último ano) são obtidas por questionamento direto.

Por fim, na terceira etapa de trabalho, para a outra metade do contingente de mulheres entrevistadas — 996 no caso de Vila Madalena e 862 no outro caso —, além das informações levantadas de início, mais precisamente, as referentes à primeira etapa de trabalho, obtém-se a informação de interesse — aborto provocado em um ano calendário — mediante o emprego da Técnica de Resposta ao Azar (TRA). Desta feita, não é possível precisar se uma dada mulher, isoladamente, recorreu ou não à provocação de um aborto no referido ano, mas tão só a proporção desses eventos que cabe ao grupo ou conjunto de mulheres, posto ser esta obtida por via indireta, como se verá na apresentação do tópico que se segue. Os dados utilizados no presente artigo dizem respeito, justamente, a esse comportamento que emerge do emprego da TRA.

Deve-se ressaltar que, necessariamente, uma mesma mulher não pode participar, simultaneamente, da segunda e da terceira etapa de levantamento de informações, uma vez que o sucesso do

emprego da TRA requer que se mantenha em sigilo a condição da mulher com respeito ao atributo estigmatizante (aborto provocado).

#### *b) Sobre a TRA*

Aclare-se aqui que, por um lado, a resistência das mulheres em falar sobre o aborto provocado pode, como quase sempre ocorre, levar a omissões voluntárias desse tipo de evento; por outro lado, os problemas inerentes à metodologia retrospectiva, sobretudo os advindos do fator “memória”, podem acarretar omissões involuntárias de informação. Se bem que seja certo que o emprego da TRA na captação dos abortos provocados no transcorrer da vida reprodutiva das mulheres minimizaria tais problemas, também é certo que a TRA, ao remover a inibição das entrevistadas na medida que aborda o tema de forma indireta, não favorece uma análise mais detalhada dos diferenciais do aborto provocado.

Por este motivo, como também e, fundamentalmente, pelo fato de a TRA ter sido empregada de forma inédita no Brasil, por ocasião da pesquisa de Vila Madalena e, de se estar visando, por ocasião da elaboração da outra pesquisa, a comparabilidade do produto de ambas, seu emprego limitou-se apenas à captação do aborto provocado no período de um ano. Nesta situação particular, a avaliação da viabilidade da referida técnica torna-se mais fácil, uma vez que os problemas de memória se atenuam, e uma resposta afirmativa associa-se, na grande maioria dos casos, a um único episódio de aborto provocado. Com isso, pode-se atribuir exclusivamente à TRA a responsabilidade pela alterações de valores das taxas de aborto, ao se contrastar o volume de casos obtidos por via direta com os obtidos por via indireta; além de se poder detectar, com precisão, como se processam as omissões voluntárias de informação, ou seja, de se poder delinear o perfil das mulheres que omitem a provocação de um aborto, quando questionadas diretamente.

Há de se notar que, para reproduzir fielmente a metodologia empregada em Vila

Madalena, adotou-se, para a cidade de São Paulo, o mesmo modelo de TRA utilizado naquela pesquisa, mais precisamente, o modelo que contempla a formulação de uma questão inócua, não relacionada com o atributo estigmatizante — o aborto provocado, no nosso caso. Mais que isso, tal modelo requer que a probabilidade de ocorrência do atributo associado à questão inócua seja, necessariamente, conhecida a priori. Na prática, então, ofereceu-se às entrevistadas — num total de 996 em Vila Madalena e de 862 na Cidade — um jogo de 18 cartas, das quais 12 eram estampadas com um trevo amarelo e 6 com um trevo vermelho. Selecionando uma das cartas, sem mostrá-la ao entrevistador, a entrevistada, em Vila Madalena, deveria responder, em função da cor do trevo, a uma destas duas perguntas:

- 1) Para o trevo vermelho: Você nasceu no mês de abril?
- 2) Para o trevo amarelo: Você provocou um aborto no ano de 1986?

Analogamente, as perguntas para as entrevistadas na cidade de São Paulo eram as seguintes:

- 1) Para o trevo vermelho: Você nasceu no mês de abril?
- 2) Para o trevo amarelo: Você provocou um aborto no ano de 1992?

A proporção de nascimentos ocorridos no mês de abril, no ano de referência, tal como requerido pelo modelo, foi estimada de antemão — 0,074 na Vila e 0,082 na cidade. Além disso, a pergunta 1, em função da concepção que se teve para a aplicação prática daquele modelo de técnica, ocorreria com 1/3 de probabilidade. Por conseguinte, a pergunta 2 poderia ser selecionada 2/3 das vezes. É preciso que se saiba que é altamente recomendável, para se obter o máximo de precisão na estimativa da proporção de ocorrência de abortos, que a questão de interesse, justamente a que indaga sobre o aborto, ocorra com a maior probabilidade possível, entre 60% e 70% — parece evidente que no caso de ela ocorrer com a probabilidade máxima, 1, o processo do jogo resumir-se-ia a se formular, exclusivamente, a questão



de interesse, com o que o uso da técnica perderia completamente a razão de ser.

Como resposta ao emprego da TRA, tem-se o total de respostas afirmativas — a que de fato importa — e, conseqüentemente a proporção de mulheres que contestaram afirmativamente ao jogo. Sabe-se que responderá SIM ao jogo: quem nasceu no mês de abril — o que ocorre com probabilidade conhecida — e sorteou a questão de número 1 — o que ocorre com 1/3 de probabilidade — OU quem retirou a carta com o trevo vermelho — o que ocorre com 2/3 de probabilidade — e provocou um aborto no ano anterior ao da entrevista — cuja probabilidade de ocorrência constitui-se, justamente, na incógnita a ser decifrada. Felizmente, a Estatística nos fornece o arsenal necessário para solucionar a equação, aliás bastante simples, resultante desse processo.

Para melhor entendimento do mecanismo de funcionamento da TRA consulte-se Silva (1990) ou Silva (1992).

## Resultados

Observa-se na Tabela 1 que, para a cidade de São Paulo, foram estimados mediante o emprego da TRA a ocorrência

de 35 abortos provocados no período de um ano, o anterior ao da entrevista. Desses abortos, 5 (14,3%) foram provocados pelas adolescentes, 8 (22,9%) provocados pelas mulheres jovens, e o restante (62,8%) pelas mulheres com 25 anos ou mais.

Por outra parte, em 1990 observa-se, no Brasil, a presença de aproximadamente 38 milhões de mulheres em idade fértil — Censo Demográfico, 2000 — responsáveis pela ocorrência de cerca 3,4 milhões de nascimentos vivos e 1,52 milhões de abortos provocados — relembre-se, obtidos por extrapolação (0,04 x 38 milhões).

Ou seja, uma proporção de quase 31% de abortos por gestação, uma proporção próxima de 13% de gestações por mulher e, finalmente, uma média de 0,089 nascimentos vivos por mulher (Tabela 3).

Além disso, pelo descrito inicialmente com respeito à distribuição etária dos abortos, sobressai que, dos 1,52 milhões de abortos que teriam sido provocados no Brasil em 1990, aproximadamente 220 mil caberiam às adolescentes, 300 mil às jovens e, por último, 1 milhão às demais mulheres. Assim sendo, e levando-se em consideração que a média de nascidos vivos das mulheres jovens — 20 a 24 anos — é um pouco mais que o dobro, 0,0157, do

**TABELA 1**  
Distribuição do número e da percentagem de mulheres em idade fértil, além de abortos provocados — estimados pela TRA — e de nascidos vivos no ano anterior ao da entrevista, grupo de idade — Cidade de São Paulo, 1993.

Grupo Idade	Mulheres		Abortos Provocados		Nascidos Vivos	
	N. <sup>o</sup>	%	N. <sup>o</sup>	%	N. <sup>o</sup>	%
15 – 19	151	17,5	5	14,3	10	14,5
20 – 24	153	17,7	8	22,9	11	15,9
25 – 49	558	64,8	22	62,8	48	69,6
TOTAL	862	100,0	35	100,0	69	100,0

**TABELA 2**  
Distribuição do número e da percentagem de mulheres em idade fértil, além de abortos provocados — estimados pela TRA — e de nascidos vivos no ano anterior ao da entrevista, por grupo de idade — Vila Madalena, 1987.

Grupo Idade	Mulheres		Abortos Provocados		Nascidos Vivos	
	N. <sup>o</sup>	%	N. <sup>o</sup>	%	N. <sup>o</sup>	%
15 – 19	124	12,4	12	29,3	7	11,5
20 – 24	164	16,5	10	24,4	13	21,3
25 – 49	708	71,1	19	46,3	41	67,2
TOTAL	996	100,0	41	100,0	61	100,0

TABELA 3

Distribuição, em milhares, das mulheres em idade fértil, dos abortos provocados estimados e dos nascimentos vivos, além das relações aborto provocado por gestação (A/G) por cem, gestação por mulher (G/M) por cem, além das médias de nascimentos vivos por mulher (NV/M) e abortos provocados por mulher (A/M), por grupo de idade — Brasil 1990.

Idade	Mulheres	Abortos Provocados	Nascidos Vivos	A/G	G/M	NV/M	A/M
15 – 19	7.500	220	550	28,5	10,3	0,073	0,029
20 – 24	7.000	300	1.100	21,4	20,0	0,157	0,043
25 – 49	23.500	1.000	1.750	36,4	11,7	0,074	0,043
TOTAL	38.000	1.520	3.400	30,9	12,9	0,089	0,040

que daquelas observadas para as mulheres pertencentes às outras duas faixas etárias — a saber, 0,073 entre as adolescentes e, 0,074 para as de 25 a 49 anos de idade —, constata-se que:

Não obstante o fato de as mulheres com mais de 25 anos terem a mesma média de nascimentos vivos que as mulheres adolescentes, elas recorrem mais largamente ao aborto provocado. De fato, as mulheres mais velhas provocam, em média, 0,043 abortos, cifra que se revela 40% superior à das adolescentes — 0,029 abortos. Além disso, as mulheres mais velhas detêm, também, as maiores proporções de abortos por gestação — 36,4 abortos para cada 100 gestações contra 28,5 abortos a cada 100 gestações de mulheres adolescentes e 21,4 abortos a cada 100 gestações de mulheres jovens.

No que diz respeito, especificamente, à frequência de ocorrência de abortos na adolescência, centro de interesse desse trabalho, pode-se garantir que as cifras apresentadas acima condizem plenamente com as produzidas pelo Instituto Alan Guttmacher (Singh, 1998), que, apesar de se tratarem, tanto quanto as nossas, de estimações indiretas — no caso, através do ajuste de dados sobre hospitalizações por aborto —, são tidas como confiáveis.

A saber, segundo o IAG, em meados de 1990 a taxa de abortos por mil mulheres entre 15 e 19 anos de idade variava de 13 para o México a 36 para a República Dominicana, passando por 32, justamente no caso do Brasil. O valor de 29 obtido com nossas estimativas, portanto, revela-se bastante alentador. No que concerne à relação de abortos por cem gestações, o IAG aponta, outra vez mais, a menor cifra

ao México, 17, e todas as demais cifras variando tão somente entre 26 e 30 — esses valores mais extremados cabem ao Brasil e ao Peru. Novamente, deve-se comemorar tamanha proximidade de resultados.

Por outra parte constata-se, ainda com base nas informações fornecidas acima, que as mulheres jovens, possuidoras da maior natalidade — mensurada em 0,0157 nascimentos vivos por mulher —, são as que recorrem em menor medida ao aborto provocado, quando se toma por parâmetro a proporção de abortos por gestação — 21,4%. Quer dizer, então, que diante de uma gravidez consumada, são as jovens que possuem as melhores perspectivas no sentido de levá-la a termo. Muito provavelmente, por encontrarem-se num período da vida propício à constituição de família.

O *Population Reports* (1995), por exemplo, evidencia que, no Brasil, a idade média das mulheres na primeira relação sexual é 20 anos de idade, na primeira união é 20,6 anos e no nascimento do primeiro filho é 21,4 anos.

Por fim, ressalte-se que a maior concentração de abortos verificada no grupo de mulheres mais velhas leva a crer que, em 1990, os abortos tenham sido provocados sobretudo para manter o número de filhos dentro do limite desejado e/ou permitido para a manutenção de um dado padrão familiar. Mais precisamente, parece lícito supor que essas mulheres recorreram ao aborto provocado, ou por já terem atingido o número desejado de filhos ou para espaçarem um nascimento de outro. Esse, entretanto, parece não ser o caso em 2000.

De fato, observa-se na Tabela 2, cujos dados forma estimados através da TRA, a



TABELA 4

**Distribuição, em milhares, das mulheres em idade fértil, dos abortos provocados estimados e dos nascimentos vivos, além das relações aborto provocado por gestação (A/G) por cem, gestação por mulher (G/M) por cem, além das médias de nascimentos vivos por mulher (NV/M) e abortos provocados por mulher (A/M), por grupo de idade Brasil 2000.**

Idade	Mulheres	Abortos		Nascidos		NV/M	A/M
		Provocados	Vivos	A/G	G/M		
15 – 19	8,500	520	730	41,6	14,7	0,086	0,061
20 – 24	7,200	430	1.030	29,5	20,3	0,143	0,060
25 – 49	28,300	810	1.640	33,1	8,7	0,058	0,029
TOTAL	44.000	1.760	3.400	34,1	11,7	0,077	0,040

ocorrência de 41 abortos provocados para as mulheres residentes em Vila Madalena, dos quais 12 (29,3%) são atribuídos às adolescentes, 10 (24,4%) atribuídos às mulheres jovens, e o restante, 46 (3,8%), às mulheres mais velhas.

Contando que em 2000 ocorram no Brasil, aproximadamente, 3,4 milhões de nascimentos vivos e 1,76 milhões de abortos provocados (0,04 x 44 milhões), para um montante de 44 milhões de mulheres em idade fértil, emerge uma proporção que gira em torno de 34% para a relação de abortos por gestação, pouco superior à obtida para 1990. Uma proporção próxima a 12% para a relação de gestações por mulher, praticamente o mesmo valor detectado para a década anterior. E, ainda, uma média de 0,077 nascimentos vivos por mulher, pouco inferior à média de nascimentos por mulher diagnosticada para 1990, e refletindo conseqüentemente uma modesta queda na fecundidade geral do País, para o decênio 1990/2000 (Tabela 4).

Aceitando-se os pressupostos estabelecidos, portanto, não se vislumbra nenhuma mudança brusca no comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras, entre 1990 e 2000. Não obstante, a verdade é bem outra quando se leva em consideração o comportamento reprodutivo específico de cada grupo etário.

Respeitando-se a distribuição etária dos abortos contemplados na Tabela 2, verifica-se que, dos 1,76 milhões de abortos que teriam sido provocados no Brasil em 2000, aproximadamente 520 mil caberiam às adolescentes, 430 mil às jovens, e nada mais que 810 mil às demais mulheres.

De pronto, constata-se um considerável aumento na freqüência de ocorrência dos

abortos provocados por adolescentes, em detrimento dos abortos provocados pelas demais, sobretudo pelas mulheres com mais de 25 anos de idade. Essa maior recorrência ao aborto pode ser traduzida tanto pela proporção de abortos por mulher como pela média de abortos por mulher. De fato, de 1990 a 2000 essas relações passam de 28,5% a 41,6%, e de 0,029 a 0,061, respectivamente.

Segundo Henshaw, 1987, nos países desenvolvidos que possuem estatísticas confiáveis de aborto legal, a taxa de abortos por gestação adolescente varia entre 20% e 60%. Ou seja, em 1990 o Brasil posicionava-se da média mundial para baixo e, em contrapartida, em 2000, passa a ocupar uma posição de média alta. Os 41,6% devidos às adolescentes brasileiras são apenas sensivelmente inferiores às taxas obtidas no Japão, Dinamarca e Suécia — com taxas próximas a 50% —, equivalentes às encontradas nos Estados Unidos, Canadá, Hungria, Finlândia, Noruega, Polônia, Alemanha e Reino Unido — que variam entre 30% e 50% — e bastante mais elevados que as taxas observadas na Tchecoslováquia e Nova Zelândia — cerca de 20%.

Talvez, no que concerne aos valores das taxas de aborto por gestação adolescente, o Brasil perca de longe apenas para Cuba, país com a maior recorrência mundial de aborto legal — nos primórdios de 1990, a taxa cubana girava em torno de 60 (Vásquez, 1994), ou seja, ao engravidarem, as adolescentes cubanas somavam mais abortos que nascimentos vivos.

Retomando, destaque-se que houve, entre as adolescentes, um incremento considerável na média de nascimentos

vivos, cerca de 20% — a referida média passou de 0,073 a 0,086 de 1990 a 2000. Esse incremento, contrapõe-se a uma redução, também considerável e praticamente de mesma magnitude — cerca de 20% —, na natalidade das mulheres com mais de 25 anos de idade — tal redução, muito provavelmente, foi alcançada às custas do crescente número de esterilizações cirúrgicas. Essas mulheres tinham, em 1990, uma média de 0,074 filhos nascidos vivos e, em 2000, uma média de tão somente 0,058. Por fim, entre as mulheres entre 20 e 24 anos de idade, também se verifica, como era esperado, uma redução na média de nascimentos por mulher, embora bastante mais modesta (menos de 10%) — de fato, para elas a média de nascimentos vivos passou de 0,0157 em 1990 a 0,143 em 2000. Nessa perspectiva, salienta-se que:

A maior proporção de gestações por mulher — 20,3 gestações para cada 100 mulheres —, deve-se às mulheres jovens, às quais cabe, justamente, a menor proporção de abortos por gestação — 29,5.

A menor proporção de gestações por mulher — 8,7 — cabe àquelas com mais de 25 anos de idade, as mesmas que sustentam uma taxa intermediária de abortos por gestação — 33,1 abortos a cada 100 gestações.

E, por fim, entre as adolescentes observa-se 14,7 gestações para cada 100 mulheres, e a impressionante cifra de 41,6 abortos provocados a cada 100 gestações.

Em suma, a dinâmica supra-citada revela que, condizentemente com a literatura, no transcorrer do período 1990/2000, os abortos provocados deixam de estar concentrados nas mulheres mais velhas, provavelmente casadas e/ou unidas e com filhos, para concentrarem-se nas mulheres entre 15-19 anos de idade, muito possivelmente, de forma particular entre as solteiras e/ou não unidas e sem filhos. Ao que tudo indica, portanto, os referidos abortos teriam sido provocados sobretudo para se evitar um nascimento que, momentaneamente, teria se revelado indesejado.

## Considerações finais

No período 1990/2000, a média de nascidos vivos por mulher, no Brasil, teve uma redução da ordem de 13%. Em contrapartida, na contra-mão dessa tendência de queda, a média de nascimentos para as mulheres adolescentes aumentou quase 18%.

Ao que tudo indica, no âmbito da América Latina em geral e do Brasil em particular, os maiores riscos de agravos à saúde e/ou de morte relacionados ao parto não cabem às adolescentes — sobretudo ao se considerar, como é bem o caso deste trabalho, as mulheres com no mínimo 15 anos de idade —, mas sim às mulheres mais velhas com muitos filhos. Quer dizer, então, que a gravidez na adolescência “per se”, não deveria ser entendida como um “problema” de Saúde Pública. Até porque o que parece existir, de fato, é um sério “problema” de estruturação social, em que os jovens necessitam trabalhar para ajudarem suas famílias e acabam abandonando os estudos. Não deve ser o inverso o que ocorre, como sugerem os “controlistas” que acabam culpando os pobres por sua pobreza! Ademais, a valorização do casamento, entre outros motivos pela garantia da sobrevivência, leva os mais pobres a casarem-se cedo e, conseqüentemente, terem filhos precocemente (a esse respeito, veja-se Oliveira 1984 e Silva e Morell, 1990).

É bem verdade que algumas investigações sobre a sexualidade adolescente, conduzidas no âmbito da América Latina, identificam a gravidez como sendo a conseqüência mais temida da atividade sexual entre adolescentes, sobretudo pelas dificuldades econômicas advindas com o nascimento de uma criança (Hakkert, 2001). Assim é que, no caso particular do Brasil, cerca de 75% das primeiras gestações são indesejadas, frente a uma gravidez consumada (DHS, 1994).

Não é de se estranhar, então, que os nossos dados apontem que o aumento na proporção de abortos/gestação — cerca de 10% —, ocorrido no decênio, tenha ocorrido

nas mulheres com menos de 25 anos de idade, de forma particularmente acentuada entre as adolescentes. De fato, contra o discreto aumento na proporção de abortos por gestações para o conjunto das mulheres brasileiras, entre as jovens — 20-24 anos de idade — esse aumento, sempre de acordo com as nossas extrapolações e pressupostos, é da ordem de 38% e, entre as adolescentes, chega quase aos 50%! Do que resulta para estas últimas a ocorrência de nada menos que 42 abortos a cada 100 gestações.

No caso específico do subdistrito de Vila Madalena, que, por ocupar uma posição privilegiada em termos sócio-econômicos, já possuía em 1987 uma fecundidade bastante reduzida, inclusive menor que a que se verifica nos dias de hoje para o país como um todo, a proporção de abortos/gestação chega a superar os 60% (Silva, 1992).

Enfim, embora nossos resultados derivem de uma simulação/especulação — dada a necessidade de se poder contar com alguma estimativa, mesmo que seja indireta —, revelam um comportamento bastante plausível. Qual seja, o de que no processo de queda da fecundidade, desafortunadamente, o aborto provocado emerge como uma opção contraceptiva. Em menor medida entre as mulheres com menos de 25 anos de idade, entre as quais se constata

uma substantiva queda — cerca de 25% — na proporção de abortos/gestação — em contrapartida, elas passam a recorrer cada vez mais intensamente à esterilização cirúrgica para evitar uma gravidez indesejada. E, numa intensidade cada vez mais preocupante entre as adolescentes.

Deste ponto de vista, certamente serão as adolescentes que recorrerão cada vez mais intensamente ao aborto provocado clandestinamente e, por conta disso mesmo, pouco seguro — a nosso ver, aliás, o real problema da gravidez na adolescência. Afinal, o aborto provocado representa um sério problema de Saúde Pública no Brasil, sendo uma das principais causas de morte materna.

Acredita-se que o caminho correto para abordar a questão da gravidez na adolescência é evitando-se a consumação de um episódio indesejado, produzindo métodos contraceptivos adequados às adolescentes, divulgando-os em larga campanha educacional e, no limite, quando consumada uma gravidez indesejada, se assim for considerada pelos casais, é legalizando o aborto e, conseqüentemente, reduzindo os riscos a ele associados — que, diga-se de passagem, são praticamente nulos quando realizado por pessoal qualificado e em condições adequadas de higiene.

### Referências bibliográficas

ALVES CARDOSO, M.R. **Comparação entre três métodos de amostragem que visam à estimação da cobertura vacinal.** Faculdade de Saúde Pública, USP, 1990. (Dissertação de Mestrado).

DHS — Demographic and Health Surveys. **Socioeconomic differentials in fertility, Comparative Studies 13.** Columbia M.D., 1994.

FUNASA – **Número de Nascidos Vivos segundo UF de residência da mãe, Brasil 1994 a 2000.** Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Dados atualizados até 09/04/2001.

GUZMÁN, J.M. et alii. **La adolescencia y la salud reproductiva in Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y El Caribe.** Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas UNFPA, México D. F., México, jan. 2001.

HAKKERT, H. Preferencias reproductivas en adolescentes. In **Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y El Caribe.** Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, México D. F., México, jan. 2001.

**Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América**

**Latina y El Caribe.** Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, México D.F., México, jan. 2001.

IAG – **11 Million Teenagers.** Nova York, 1976.

\_\_\_\_\_. **Teenage Pregnancy: The problem that hasn't gone away.** Nova York, 1981.

\_\_\_\_\_. **Adolescentes de hoje, pais de amanhã.** Brasil. Brasil, 1989.

\_\_\_\_\_. **Aborto clandestino: uma realidade latino-americana.** Brasil, 1995.

LAURENTI R et alii. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986 – II Mortes por causas maternas. **Revista de Saúde Pública**, 24(6), 468-72, São Paulo, 1990.

MORELL, M.G.G. e MELO, A.V. A Declaração de Nascido Vivo no Estado de São Paulo: Alguns resultados. **Nascer Aqui. Informe demográfico** n.º 29. São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, SEADE, 1995.

OLIVEIRA, F. **A economia da dependência imperfeita.** Graal, São Paulo, 1984.

PUFFER, R.R. **Patterns of urban mortality, report of the Inter-American Investigation of Mortality.** Washington D.C., Pan American Health Organization, set, 1997.

POPULATION REPORTS. **Interrupção da Gravidez.** Série 1, n. 7, maio 1981.

\_\_\_\_\_. **Meeting the Needs of Young Adults.** Series J, n. 41, out. 1995.

SILVA, R.S. Técnica de Resposta ao Azar (TRA): Uma proposta alternativa. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 7. Anais... p. 517-537, ABEP, Caxambu, MG, 1990.

SILVA, R.S. **Aborto provocado: sua incidência e características – Um estudo com mulheres em idade fértil, residentes no subdistrito de Vila Madalena.** Faculdade de Saúde Pública – USP, mar. 1992. (Tese de Doutorado).

SILVA, R. e MORELL, M.G.G. Nupcialidade Brasileira: padrões e tendências. **Revista São Paulo em Perspectiva**, F. SEADE, v. 4, n. 3/4, 1990.

SINGH, S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. **Studies in Family Planning**, v. 29, n. 2, 1998.

SINGH, S. e DARROCH, J.E.D. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries family Planning Perspectives, 2000.

SIQUEIRA A et alii. Mortalidade materna no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 18, n. 6, São Paulo, 1984.

TIETZE C. **Informe mundial sobre el aborto.** Instituto de la Mujer, Ministério da Cultura, Madrid, 1987.

VÁSQUEZ, L. A Un informe psico sócio demográfico del aborto en Cuba. **Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe.** Impactos Demográficos y Psicosociales del Aborto, Anais.. Santafé de Bogotá, Universidad Externato de Colombia, nov, 1994.

## Abstract

Adolescent pregnancy is considered a worldwide problem because, in the recent past, fertility rates among adolescents were increasing together with a decline in the overall rate. Today the world is facing a decrease in adolescents fertility rates. Nevertheless, attention to this topic has increased due to greater numbers of single mothers, thus causing serious consequences to the mothers themselves, their children, and society. In our opinion, the key problem is that, faced with a *de facto* pregnancy, few choices are open to the adolescent involved, due to social exclusion, among others difficulties. Therefore, they often resort to illegal abortions, which is one of the major causes of death of mothers, if not the major cause. In order to broaden the discussion of this problem, a brief speculation was carried out regarding the impact of abortion on the reproductive behavior of young Brazilian women in the ten-year

period between 1990 and 2000. A mechanism of extrapolation was used for this purpose, using the TRA and based on the results obtained in two field studies. In general, the data obtained corresponds to that presented by Guzman *et al.*, (2001), who noted a trend toward increasing willingness by adolescents in Latin America to resort to abortions. The present study has the objective of evaluating the role of abortions on the fertility behavior of Brazilian adolescents. Results from two field studies were used, extrapolated from the TRA. Our data suggest a growing trend toward abortion among adolescents in Latin America. While the number of abortions per pregnancy in women ages 20 to 24 is 38%, this number reaches nearly 50% among adolescents.

Enviado para publicação em 14/11/2002.

