

Características de Mulheres que Obtêm Aborto Induzido: Uma Revisão a Nível Mundial

Por Akinrinola Bankole, Susheela Singh e Taylor Haas

Contexto: Os níveis de aborto podem ser diferentes entre subgrupos de mulheres por causa de variações no nível de gravidez não planejada e na probabilidade de que as mulheres optem pelo aborto, se engravidarem não intencionalmente. Através da compreensão dos diferenciais nos níveis de aborto de acordo com as características das mulheres, é possível esclarecer as circunstâncias no contexto das razões que levam ao aborto.

Métodos: Foram utilizados dados de estatísticas governamentais, pesquisas de amostras representativas a nível nacional e fontes sub-nacionais para estimar a distribuição percentual de abortos e taxas e razões de aborto, por características selecionadas de mulheres, especialmente a idade no momento do aborto, estado civil e paridade. As comparações foram realizadas dentro dos países e a nível multinacional.

Resultados: As mulheres com 40 anos de idade ou mais geralmente representam a proporção mais baixa do total de abortos (10% ou menos, na maioria dos países). Embora as adolescentes representem uma porcentagem elevada de abortos em alguns países (33% em Cuba e 22% na Escócia), elas não representam uma parcela desproporcional de procedimentos. Em geral, as taxas de aborto por faixa etária da mulher indicam um padrão invertido, em forma de U. As razões de aborto por faixa etária, no entanto, apresentam duas tendências: uma forma de U e um aumento uniforme com a idade. Em mais da metade dos países analisados, as mulheres casadas representam uma porcentagem mais alta de abortos do que as mulheres solteiras. Uma vez grávida, entretanto, a mulher solteira tem maior probabilidade do que a casada de escolher o aborto. Mais da metade dos abortos são obtidos por mulheres com pelo menos uma criança. Existem algumas variações nestas tendências por região.

Conclusões: As características da mulher afetam a sua probabilidade de decidir terminar uma gravidez não planejada. Dentro de todos os subgrupos demográficos e sócio-econômicos, no entanto, algumas mulheres optarão pelo aborto quando enfrentam uma situação de gravidez não planejada.

Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar, número especial de 2001, 10–19 & 37

As preferências e comportamento reprodutivos freqüentemente variam nos grupos sócio-econômicos e demográficos a nível mundial. O tamanho de família desejada, a intenção de ter mais filhos e a fecundidade efetiva, geralmente são mais altos entre mulheres rurais e mulheres sem escolaridade formal, do que entre suas contrapartes urbanas e com mais alto nível de escolaridade.¹ Em algumas sociedades, mulheres podem casar a uma idade relativamente jovem, ter os filhos que quiserem e depois optar por parar de ter filhos; em outras, poderão escolher casar mais tarde e procurar evitar ter filhos antes do casamento. Estas variações não somente refletem diferenças nos padrões das metas de estabelecer uma

família e as experiências correlacionadas, mas também, provavelmente, requererão diferenças nos meios que as mulheres utilizam, incluindo a anticoncepção e o aborto, para chegar ao tamanho de família que desejam e para espaçar seus filhos.

Mesmo com a aproximação dos subgrupos sócio-econômicos e demográficos em termos de diferenças no comportamento relacionado ao estabelecimento de famílias, conforme acontece freqüentemente quando a fecundidade declina, a dependência na anticoncepção e no aborto pode continuar a variar por várias razões. As causas imediatas das variações no nível de abortos são probabilidades diferenciadas de gravidez não desejada entre os subgrupos e variações na probabilidade

de que uma mulher escolherá o aborto se ela engravidar sem intenção. Existem outros fatores subjacentes a estas causas.

O primeiro é o custo percebido de oportunidade de ter um filho. Em localidades onde as mulheres têm oportunidades de educação, emprego e desenvolvimento de carreira, as mulheres mais jovens e solteiras têm maior probabilidade de postergar o casamento ou maternidade, e de obter um aborto quando engravidarem. Onde as mulheres casam jovens, no entanto, e se espera que tenham um filho logo após o casamento, o aborto será pouco freqüente. Em muitos países da África sub-Saariana, uma jovem precisa deixar a escola se estiver grávida, e o aborto tende a ser mais comum entre jovens solteiras que desejam continuar a sua educação.² Em países desenvolvidos, onde as mulheres desejam adiar o início do estabelecimento de uma família antes e até depois do casamento, o aborto é mais prevalente entre mulheres com menos de 25 anos de idade.³ Mulheres que estão empregadas têm uma maior tendência de obter abortos do que as que não trabalham.⁴

Segundo, os contextos legais, morais e religiosos em relação ao aborto provavelmente exercem diferentes impactos nos subgrupos referente à decisão de aborto. Se a opinião pública prevalecente é hostil ao aborto, isto provavelmente afetará alguns subgrupos mais do que outros. As diferenças também podem estar enraizadas em crenças. As Novas Cristãs e as Católicas, por exemplo, podem ter uma menor probabilidade de abortar do que as Protestantes. Em países onde as barreiras

Akinrinola Bankole é associado sênior de pesquisa, Susheela Singh é diretora de pesquisa, e enquanto foi conduzida esta análise, Taylor Haas era associada de pesquisa, todos do Alan Guttmacher Institute, Nova Iorque. Os autores agradecem Jacqueline Darroch e Stanley Henshaw pelos seus comentários úteis. O trabalho no qual este artigo é baseado foi apoiado, em parte, por uma concessão do Wallace Global Fund.

Tabela 1. Distribuição percentual de abortos, por faixa etária das mulheres, de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	N	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	Total
Estatísticas nacionais completas								
Alemanha, 1995	97.937	6,8	18,3	25,6	25,1	16,7	7,5	100,0
Austrália, 1995-1996	91.944	16,1	28,4	21,9	17,4	11,7	4,5	100,0
Bélgica, 1995	13.365	13,9	25,0	23,2	20,1	13,1	4,6	100,0
Bulgária, 1996	89.025	11,6	28,0	26,8	19,1	10,8	3,8	100,0
Canadá, 1995	106.658	19,8	29,8	21,8	16,0	9,6	3,1	100,0
Cazaquistão, 1995*	543	5,1	21,8	29,5	22,6	15,2	5,7	100,0
Cingapura, 1983	19.100	8,0	56,0	†	31,0	§	5,0	100,0
Cuba, 1990	235.901	32,8	33,8	20,0	8,1	3,9	1,4	100,0
Dinamarca, 1995	17.720	13,1	23,4	23,8	21,3	12,9	5,5	100,0
Escócia, 1995†	11.143	22,1	30,5	21,9	14,6	8,0	2,9	100,0
Eslováquia, 1995	28.887	9,0	23,0	24,4	22,0	15,2	6,5	100,0
Eslovênia, 1996	10.218	7,7	18,1	19,1	23,9	20,2	11,1	100,0
Estados Unidos, 1995	1.363.690	20,1	32,4	22,6	14,4	8,1	2,4	100,0
Estônia, 1996	16.887	10,1	25,9	23,6	18,8	14,6	7,0	100,0
Finlândia, 1996	10.425	14,7	22,5	22,1	19,9	13,4	7,4	100,0
Hungria, 1996	76.600	15,3	24,6	21,9	17,0	13,9	7,3	100,0
Inglaterra e País de Gales, 1996	167.916	19,3	27,6	23,4	16,8	9,6	3,2	100,0
Israel, 1995	17.627	14,3	21,7	19,3	17,9	16,7	10,2	100,0
Noruega, 1996	14.342	14,3	27,4	24,8	18,0	10,9	4,6	100,0
Nova Zelândia, 1995	13.652	19,3	30,5	21,9	15,8	9,4	3,1	100,0
Países Baixos, 1992	19.422	10,9	23,6	23,5	21,0	14,8	6,2	100,0
República Tcheca, 1996	46.506	10,8	24,7	22,5	20,5	13,4	8,1	100,0
Suécia, 1996	32.117	13,6	24,0	23,1	20,2	13,2	5,8	100,0
Estatísticas nacionais incompletas								
Coréia do Sul, 1996††	230.040	na	11,8	33,0	40,2	13,2	1,9	100,0
Croácia, 1996	12.339	5,8	17,2	20,1	24,6	21,5	10,9	100,0
Espanha, 1996	51.002	14,3	26,7	21,9	17,9	13,3	5,9	100,0
França, 1995**	156.181	10,6	24,4	22,6	20,2	15,0	7,3	100,0
Guiana, 1996	2.610	8,8	27,5	23,7	21,5	14,2	3,8	100,0
Índia, 1995-1996	627.748	6,1	28,2	35,8	20,4	7,4	1,6	100,0
Irlanda, 1996	4.894	15,7	38,2	22,6	12,4	7,2	3,9	100,0
Itália, 1995	139.549	7,5	19,6	22,8	22,7	18,1	9,4	100,0
Japão, 1995	343.024	7,6	23,2	19,2	20,0	19,1	10,9	100,0
Quirgistão, 1997*	493	2,1	19,6	24,2	29,7	17,8	6,6	100,0
Romênia, 1993*	2.116	4,6	28,0	27,0	25,3	15,1	††	100,0
Turquia, 1993§§	517	3,2	16,4	28,0	27,5	16,9	8,0	100,0
Uzbequistão, 1996*	275	1,6	18,4	28,2	27,0	15,5	9,2	100,0
Vietnã, 1991	2.088	0,9	11,3	22,4	30,7	21,3	13,3	100,0
Pesquisas ad hoc/dados hospitalares								
Armênia, 1994	200	4,5	21,5	26,0	24,0	17,0	7,0	100,0
Bangladesh, 1991	840	14,6	25,6	24,2	20,6	11,1	3,9	100,0
Benin, 1993	380	14,5	22,7	22,4	20,2	16,9	3,3	100,0
Brasil, 1992-1993	2.083	22,6	36,0	23,7	11,6	6,1	††	100,0
Chile, 1989	61.275	9,3	24,8	26,8	20,7	12,5	6,2	100,0
Colômbia, 1990	4.046	16,5	29,4	25,4	15,2	9,8	3,7	100,0
Etiópia, 1989	250	24,8	42,4	23,6	6,0	3,2	0,0	100,0
Filipinas, 1993	200	2,0	24,2	27,3	30,3	16,2	††	100,0
Malásia, 1981*†	148	10,2	22,3	25,0	14,2	12,2	16,2	100,0
México, 1991	59.352	11,1	29,6	27,2	17,9	9,6	4,5	100,0
Moçambique, 1994	816	29,1	52,0	†	19,1	§	§	100,0
Nepal, 1984-1985	165	6,7	20,0	15,8	26,7	17,6	13,3	100,0
Nigéria, 1981-1987*†	230	52,6	27,8	11,7	5,2	2,6	††	100,0
Peru, 1990	1.930	10,4	25,3	27,1	17,6	13,6	6,0	100,0
Quênia, 1988-1989	115	24,3	28,7	13,0	34,0	§	§	100,0
República Dominicana, 1991	352	16,5	32,7	25,3	14,8	5,6	4,9	100,0
Rússia, 1996	2.917	6,8	27,0	49,1	*†	17,1	††	100,0
Sri Lanka, 1991-1992	238	5,0	26,0	28,0	26,0	15,0	††	100,0
Zâmbia, 1985-1986	264	26,0	25,0	26,0	15,0	6,0	2,0	100,0

*Com base na pesquisa de amostra nacional de todas as mulheres com idades entre 15 e 49 anos. †Inclui abortos realizados na Inglaterra e País de Gales. ‡Incluído com o grupo etário de 20-24 anos. §Incluído com o grupo etário de 30-34 anos. **Idade é definida como idade atingida durante o ano. ††Baseado na pesquisa de mulheres casadas de 20-44 anos; o número de casos é ponderado. ‡‡Incluído com o grupo etário de 35-39 anos. §§Baseado na pesquisa de amostra nacional de mulheres alguma vez casadas de 15-49 anos. *† Grupos etários são <21, 21-30, 31-35, 36-40 e ≥41. *†Inclui as idades de 30 anos e mais. Nota: na=não se aplica. Fontes: Veja anexo.

(legais ou outras) ao aborto são fortes, se a mulher obtiver este procedimento pode depender de se a sua família imediata apóia a sua decisão, se ela tem informação sobre onde procurar serviços e sua possibilidade de pagar.

Terceiro, o padrão do uso de anticoncepcionais num país pode ter efeitos importantes nos níveis de aborto. Nos Estados Unidos da América e em muitos

países latino-americanos, onde a esterilização é um método comum de planejamento familiar, os abortos podem ser mais prevalentes entre as mulheres jovens do que entre as mais velhas. Por outro lado, em localidades onde relacionamentos antes do casamento são pouco freqüentes, onde jovens solteiras usam anticoncepcionais eficazes, ou onde mulheres mais velhas dependem, em grande medida, de

métodos menos eficazes, as mais jovens terão uma menor probabilidade de abortar do que as mais velhas que já podem ter o número de filhos desejado.

Neste artigo, analisamos a medida até a qual o aborto é usado, de maneira diferenciada, por mulheres com várias características variáveis, dentro dos países e a nível mundial. Uma melhor compreensão do relacionamento entre o aborto induzi-

Tabela 2. Taxa de aborto por 1.000 mulheres, por faixa etária, e taxa de aborto total de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	<20	20–24	25–29	30–34	35–39	≥40*	Taxa de aborto total
Estatísticas nacionais completas							
Alemanha, 1995	3,1	7,5	7,6	7,1	5,3	2,6	0,17
Austrália, 1995–1996	23,9	36,9	29,3	21,9	15,2	6,2	0,67
Bélgica, 1995	6,2	10,1	8,4	6,7	4,5	1,7	0,19
Bulgária, 1995	32,7	85,4	84,1	60,1	30,8	10,9	1,52
Canadá, 1995	21,8	31,5	20,9	12,9	8,0	2,8	0,49
Cazaquistão, 1995†	14,4	72,3	106,8	76,6	50,8	19,9	1,70
Cingapura, 1983	12,0	36,4	40,3	33,7	24,0	10,2	0,78
Cuba, 1990	90,7	87,9	54,4	33,2	15,6	6,1	1,44
Dinamarca, 1995	14,8	22,5	21,4	19,1	12,5	5,4	0,48
Escócia, 1995‡	16,6	19,5	12,4	8,0	4,8	2,0	0,32
Eslováquia, 1995	11,1	31,5	38,8	32,7	21,3	8,9	0,72
Eslovênia, 1996	10,9	26,3	27,7	32,1	27,3	14,8	0,70
Estados Unidos, 1995	32,1	50,3	32,6	17,9	9,8	3,2	0,73
Estônia, 1996	33,1	85,3	80,5	62,1	44,2	21,6	1,63
Finlândia, 1996	9,6	15,6	13,8	11,2	7,5	3,9	0,31
Hungria, 1996	30,4	46,8	48,7	43,5	30,7	13,0	1,07
Inglaterra e País de Gales, 1996	19,2	25,5	18,6	12,4	7,9	3,2	0,43
Israel, 1996	10,2	16,3	16,8	17,0	15,9	9,9	0,43
Noruega, 1996	15,8	25,7	21,1	15,9	10,1	4,3	0,46
Nova Zelândia, 1995	20,3	29,1	21,4	14,6	8,7	3,4	0,49
Países Baixos, 1992	4,2	7,4	7,2	6,6	5,0	1,9	0,16
República Tcheca, 1996	12,4	26,7	30,8	28,0	18,9	9,5	0,63
Suécia, 1996	17,7	27,5	24,7	20,9	14,8	6,5	0,56
Estatísticas nacionais incompletas							
Coréia do Sul, 1996**	na	79,0	51,0	49,0	16,0	3,0	0,99
Espanha, 1995§§	4,5	8,2	6,9	5,8	4,6	2,4	0,16
França, 1995§	8,9	18,2	16,6	14,4	10,8	5,3	0,37
Itália, 1995	5,9	12,6	13,8	14,0	12,5	6,9	0,33
Japão, 1995	6,3	16,6	15,4	17,2	16,9	8,4	0,40
Moldova, 1994–1997††	12,0	74,0	81,0	46,0	31,0	16,0	1,30
Quirgizistão, 1997†	4,9	50,8	77,4	79,4	51,8	27,6	1,46
Romênia, 1990–1993††	32,0	153,0	209,0	167,0	79,0	40,0	3,40
Rússia, 1996‡‡	44,0	144,0	145,0	94,0	55,0	31,0	2,36
Turquia, 1993†	16,1	27,2	39,9	36,9	27,3	15,5	0,81
Uzbequistão, 1996†	1,4	18,2	31,5	34,7	22,0	17,4	0,63

*O denominador constitui mulheres de entre 40 e 44 anos de idade. †Baseado no número de abortos durante os três anos precedentes à pesquisa. ‡Inclui abortos realizados na Inglaterra e País de Gales. §Idade é definida como idade atingida durante o ano. **Com base na pesquisa de mulheres casadas de 20–44 anos de idade. ††Com base na pesquisa de mulheres de 15–44 anos, de relatório publicado, calculado em base nos três anos precedentes à pesquisa. ‡‡Com base na pesquisa de mulheres de 15–44 anos de três localidades, calculado em base nos dois anos precedentes à pesquisa. As taxas indicadas aqui são médias simples das taxas para todas as três localidades do relatório publicado. §§Com base em 49.400 mulheres. As taxas são para um ano anterior do que a distribuição indicada na Tabela 1, porque as taxas para 1996 não estavam disponíveis. Notas: na= não se aplica. A taxa de aborto total é o número de abortos que uma mulher comum terá durante a sua vida se ela experimenta as taxas de aborto prevalentes, específicas a cada idade. Fontes: Veja anexo.

do e as características das mulheres, poderá melhorar a nossa capacidade de identificar subgrupos numa população com os níveis mais altos de gravidez não desejada e abortos induzidos e que, por conseguinte, estão com a maior necessidade de serviços eficazes anticoncepcionais e pós-aborto. Este tipo de informação é de valor para planejadores de programas e encarregados de políticas no seu desempenho de facilitar a capacidade da mulher de planejar a gravidez.

Projeto do estudo

Medidas

Se ou não uma mulher obtém um aborto pode estar associado com várias das suas características, porém, neste artigo, analisamos em detalhe somente três: sua ida-

*O aborto é considerado legal sob condições amplas se é permitido por razões sócio-econômicas ou sem restrições à razão.

de no momento do aborto, estado civil e número de filhos nascidos vivos (às vezes, o número de filhos vivos). Além disso, embora os dados disponíveis não permitam análises integrais, examinamos associações entre o aborto e educação, residência, religião e etnia. Aspectos econômicos, tais como condição de trabalho e renda familiar, também têm alta probabilidade de desempenhar um papel principal nas decisões das mulheres sobre se devem obter um aborto; não obstante, não foi possível analisar estes aspectos devido à falta de dados.

Um número desproporcionalmente alto de abortos em qualquer subgrupo pode ser uma indicação de que este grupo tem dificuldade acima da média de prevenir a gravidez não planejada ou tem uma maior probabilidade de escolher o aborto para terminar uma gravidez não planejada. Analisamos três medidas que fornecem diferentes perspectivas sobre a

associação entre o aborto e as características das mulheres—uma distribuição percentual de abortos, a taxa de abortos por 1.000 mulheres e a razão de abortos por 100 casos de gravidez.

A distribuição percentual de abortos, que é a medida geralmente mais disponível, pode simplesmente refletir a distribuição de mulheres na população e não indica, necessariamente, que um subgrupo tenha maior probabilidade de ter um aborto do que outro. A taxa de aborto, pelo contrário, permite uma comparação global dos subgrupos de mulheres em relação à sua probabilidade de abortar. A razão de aborto indica variações nos subgrupos, em termos da probabilidade de que as mulheres, uma vez grávidas, optarão pelo aborto. Tanto a taxa de aborto quanto a razão de aborto são boas medidas para comparar o comportamento de aborto entre e dentro dos países.

Fontes de dados

Por várias razões, os dados sobre aborto no mundo inteiro variam amplamente em relação à sua disponibilidade e confiabilidade. Por conseguinte, para apresentar o quadro mais completo possível, um estudo comparativo desta natureza depende, necessariamente, de informação de várias fontes: estatísticas nacionais; amostras de pesquisas representativas a nível nacional; e pesquisas ad hoc e dados de alta hospitalar sobre mulheres internadas para aborto ou complicações relacionadas. Colocamos a maior ênfase nos achados em países onde confiamos que os dados são razoavelmente completos.

• *Estatísticas nacionais.* Em países onde o aborto é legal sob condições amplas* e o total da população alcançava um milhão ou mais em 1997, obtivemos dados oficiais sobre aborto diretamente das repartições nacionais de estatística, ou indiretamente de peritos locais informados (funcionários governamentais, cientistas com interesse em questões de aborto ou pessoal de planejamento familiar). Enviaremos questionários para pontos focais solicitando informação, como o número total de abortos e o número de procedimentos por faixa etária da mulher, estado civil e paridade no momento do aborto. Maiores detalhes sobre a coleta de dados e avaliação foram relatados em outra publicação.⁵

Embora a coleta de estatísticas sobre abortos geralmente é requerida em países onde o procedimento é legal sob condições amplas, freqüentemente os dados são incompletos. Se o sub-registro varia de acordo com as características das mulhe-

res, as medidas de aborto para subgrupos específicos sofrerão de viés; onde os dados são completos ou quase completos, qualquer viés será mínimo. Acredita-se que as estatísticas são mais completas em localidades onde os estatutos prescrevem um procedimento formal de autorização e onde os abortos precisam ser realizados em estabelecimentos públicos; provavelmente são menos completas em localidades onde médicos particulares constituem a maior fonte de serviços.⁶

Outros fatores, no entanto, fora do estado legal, afetam a qualidade dos sistemas de coleta de dados sobre aborto. Os valores, crenças religiosas e as conseqüências percebidas de obter um aborto também constituem determinantes importantes. Por estas e outras razões, mesmo quando o aborto é permitido por lei, as mulheres que se submetem a abortos podem se sentir relutantes em relatar, de maneira verídica, certas das suas características aos provedores.

Neste artigo, incluímos dados tanto de países onde se estima que os sistemas de coleta de dados sobre abortos são razoavelmente completos (isto é, pelo menos até 80%), e para países onde são julgados incompletos. Os padrões resultantes das características das mulheres podem ser importantes, mesmo quando o nível geral de abortos é sub-relatado, embora os dados devam ser interpretados com cautela.

• *Pesquisas nacionais de fecundidade.* Para alguns países onde o aborto é legal sob circunstâncias amplas, mas onde estatísticas oficiais não fornecem dados por características de mulheres, usamos dados de pesquisas nacionais de fecundidade que levantaram dados sobre aborto—as Demographic and Health Surveys (DHS, Pesquisas Demográficas e de Saúde) no Cazaquistão, Quirgistão, Turquia e Uzbequistão; as Reproductive Health Surveys (Pesquisas de Saúde Reprodutiva) na Romênia e na República Tcheca, conduzidas pelo U.S. Centers for Disease Control (Centros para Controle de Doenças dos Estados Unidos); e uma pesquisa independente na República da Coréia. Estas pesquisas fornecem a dupla vantagem de obter informação sobre as características das mulheres e de representar todas as mulheres num país (com exceção da Turquia e Coréia, onde as amostras incluíam somente mulheres casadas). Se a sub-notificação de abortos, no entanto, é alta, e especialmente se varia de acordo com as características das entrevistadas, os dados de pesquisas terão viés sobre diferenças no aborto entre os subgrupos populacionais.

Estimamos que os dados sobre aborto

Tabela 3. Razão de aborto (abortos induzidos por 100 casos de gravidez conhecidos), por idade da mulher no momento da concepção, de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	<20	20–24	25–29	30–34	35–39	≥40
Estatísticas nacionais completas						
Bulgária, 1995	35,4	46,3	59,4	75,4	82,0	89,3
Canadá, 1994	42,5	28,1	14,9	13,5	23,8	44,2
Cazaquistão, 1995*, †	15,4	31,0	38,3	57,4	63,8	73,3
Cuba, 1990	52,1	43,9	37,3	40,8	51,5	70,3
Dinamarca, 1993	54,1	25,4	14,9	17,9	32,1	66,2
Escócia, 1995‡	32,7	21,5	10,9	9,6	15,9	36,0
Eslováquia, 1995	21,5	20,5	32,0	48,1	63,6	80,8
Estados Unidos, 1994	32,7	31,8	22,4	19,2	25,5	39,6
Hungria, 1995	45,1	30,8	32,0	49,4	67,4	82,1
Inglaterra e País de Gales, 1994	35,3	22,9	14,2	13,1	21,1	40,6
Israel, 1995	27,1	10,8	8,0	10,7	18,7	39,7
Noruega, 1995	43,5	21,5	12,7	13,3	22,2	51,0
Nova Zelândia, 1994	32,1	22,6	13,0	11,7	19,4	36,1
Países Baixos, 1992*	43,3	16,4	6,1	5,3	10,8	25,3
República Tcheca, 1994	29,0	22,4	33,5	50,9	72,4	89,0
Suécia, 1995	65,4	26,9	16,6	18,6	30,7	56,5
Estatísticas nacionais incompletas						
Quirgistão, 1997*, †	2,6	15,7	25,0	42,1	59,4	73,7
Romênia, 1992*, §	44,8	60,5	78,1	82,3	86,4	86,0
Turquia, 1993*, †	4,9	8,4	19,1	28,2	41,5	46,4
Uzbequistão, 1996*, †	0,0**	8,1	22,9	23,1	39,0	100,0**

*As razões são para a idade no momento da terminação da gravidez (aborto ou nascido vivo), com base nos nascidos vivos durante o mesmo ano, e não seis meses depois. †Com base em abortos e partos durante um ano precedendo a pesquisa. ‡Inclui abortos realizados na Inglaterra e País de Gales. §Calculado para 1992, de relatório publicado. **Com base num pequeno número de casos. Nota: Casos conhecidos de gravidez são definidos como abortos induzidos mais nascidos vivos ocorridos seis meses depois. Fontes: Veja anexo.

da pesquisa no Cazaquistão estavam pelo menos 80% completos, desde que se comparam favoravelmente às estatísticas oficiais, que são consideradas razoavelmente completas. (Embora as estatísticas oficiais possam ser sub-relatadas, esta comparação fornece uma medida de confiança nos dados da pesquisa). Não obstante, estimamos que os dados nas pesquisas para Quirgistão, Coréia, Romênia, Turquia e Uzbequistão foram incompletos ou de qualidade duvidosa (desde que, por exemplo, não existam estatísticas externas contra as quais os dados de pesquisas da Turquia e Coréia possam ser comparados).

Para minimizar os viés de dados retrospectivos, as medidas de aborto com base em pesquisas que apresentamos neste artigo provêm de abortos relatados nos três anos precedentes às pesquisas. Embora as pesquisas indiquem a idade da mulher no momento do aborto, fornecem informação sobre paridade, estado civil e educação somente na ocasião da entrevista. A restrição das análises a abortos para os três anos antes da entrevista reduz a possibilidade de mudanças nas características desde o aborto, mas não podemos deixar de considerar o potencial de algumas disparidades na interpretação dos resultados destas características.

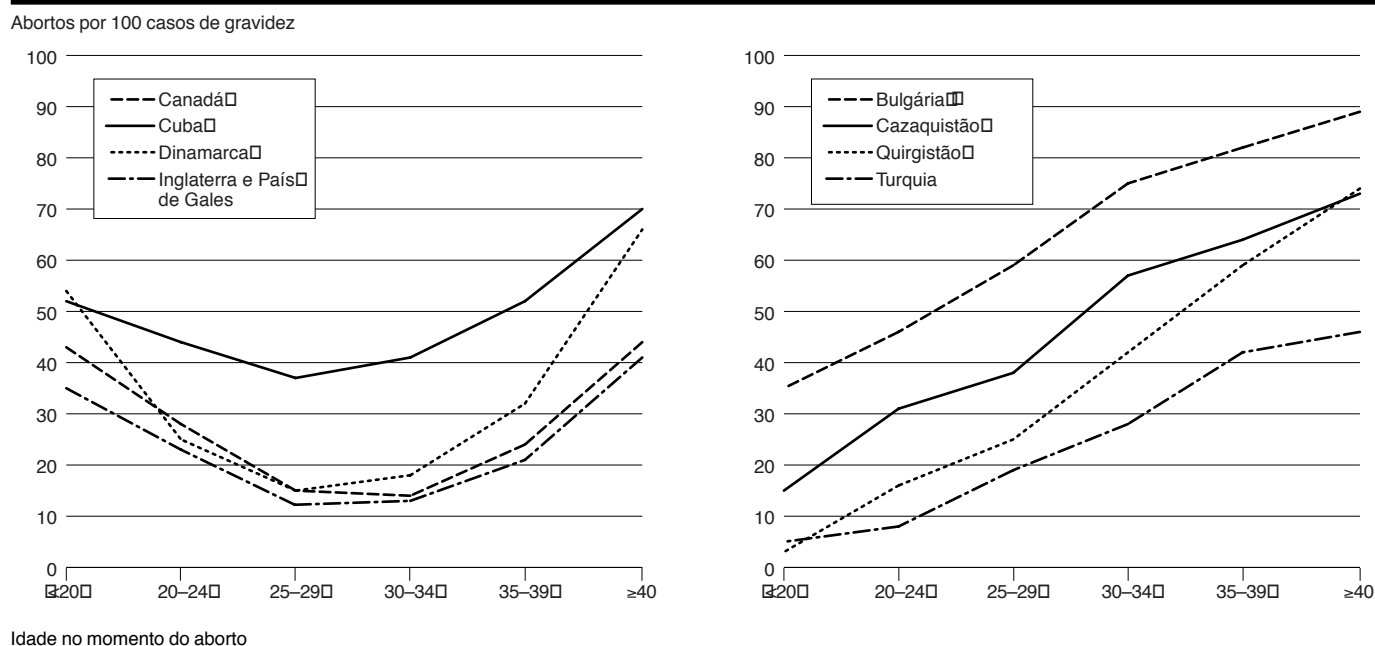
• *Pesquisas ad hoc e dados de alta hospitalar.* Em países onde o aborto é altamente restrito por lei,* estatísticas oficiais sobre

aborto e, em geral, pesquisas de fecundidade com dados sobre aborto não são disponíveis. Para estes países, quaisquer dados disponíveis provêm de fontes sub-nacionais, que têm limitações substanciais. A informação incluída neste artigo foi levantada de estudos publicados, que freqüentemente são de pequena escala—por exemplo, o exame de áreas específicas de um país ou de uma cidade. As pesquisas comunitárias ou ad hoc consistem, tipicamente, de uma amostra aleatória de mulheres, mas algumas não incluem todas as mulheres de idade reprodutiva; a maioria sofre de algum nível de sub-registro de aborto e algumas têm amostras bastante reduzidas.

Estudos sobre pacientes de aborto em estabelecimentos clínicos (hospitais ou clínicas) constituem outra fonte de informação. Para estas, dados são levantados através de entrevistas ou extraindo informação dos seus prontuários médicos. Em países onde o aborto é altamente restrito pela lei, a maioria dos estudos deste tipo inclui somente mulheres que foram internadas para tratamento de complicações de aborto, e assim não representam todas as mulheres que obtêm abortos—são excluídas as mulheres que sofrem complicações mas deixam de procurar tratamen-

*Leis altamente restritivas são aquelas que proíbem o aborto completamente ou o permitem somente para salvar a vida da mulher ou sua saúde física ou mental.

Gráfico 1. Principais tendências de razões de aborto, por faixa etária, países selecionados



to clínico, e aquelas que se submetem a abortos seguros sem complicações. Além disso, os hospitais ou clínicas incluídas em alguns destes estudos podem ser diferentes de um estabelecimento usual.

Apesar das limitações dos estudos sub-nacionais, estes fornecem informação útil para países que de outra maneira não estariam representados. Incluímos dados destes estudos se o tamanho da amostra é acima de 100 e se os dados se referem a mulheres que tiveram abortos recentemente. Estudos que apresentam somente medidas de aborto por toda vida não foram incluídos.

Achados

Idade no momento do aborto

• *Distribuições percentuais dos abortos.* Na grande maioria dos 56 países para os quais temos dados, a porcentagem mais alta de abortos ocorre entre mulheres com idades entre 20 e 29 anos (20–24 anos et 25–29 anos, Tabela 1, página 11). Tipicamente, a porcentagem é menor entre mulheres com idades entre 30 e 34 anos, mas em vários países, a diferença não é considerável. A porcentagem cai notavelmente entre mu-

lheres com idades entre 35 e 39 anos em todos os países, e geralmente é nitidamente mais baixa entre mulheres a qualquer extremidade do espectro reprodutivo (aquelas com menos de 20 anos de idade ou mais de 40) do que entre outras faixas etárias.

A porcentagem de abortos que ocorrem entre mulheres com menos de 20 anos de idade é menos de 10% em 21 países, entre 10% e 20% em 25 países, e pelo menos 20% em nove países. (Informação sobre adolescentes não estava disponível para Coreia). Desde que as jovens de 15–19 anos de idade constituem 12–29% das mulheres em idade reprodutiva nestes países, estes resultados sugerem que, em geral, as adolescentes não obtêm abortos de maneira desproporcional. Em alguns países, no entanto, a porcentagem de abortos obtidos por adolescentes é considerável: é de 20% ou mais em três países com dados completos e seis com dados sub-nacionais, incluindo cinco dos seis países da África sub-Saariana nesta categoria. Na Nigéria, as adolescentes obtêm 53% dos abortos, mas constituem somente 24% das mulheres com idades entre 15 e 44 anos;⁷ não obstante, estes resultados são para pacientes com aborto séptico, um grupo em que as jovens podem ser super-representadas porque tipicamente elas têm maior dificuldade do que a média em obter um aborto seguro.*

Vários estudos sobre abortos clandestinos em países em desenvolvimento ti-

nam indicado que o aborto e morbidade de aborto são mais comuns entre jovens mulheres solteiras.⁸ Em Lusaka, na Zâmbia, por exemplo, 60% das mulheres internadas por complicações de aborto tinham entre 15 e 19 anos de idade.⁹ Entre as mulheres internadas com complicações relacionadas ao aborto em Uganda, cerca de dois terços tinham entre 15 e 19 anos de idade, dois terços eram estudantes, e quatro de cinco nunca casaram.¹⁰

As mulheres com idades entre 40 e 44 anos constituem a proporção mais baixa de abortos em aproximadamente dois terços dos 56 países. A porcentagem está abaixo de 10% em todos exceto sete países—Israel, Eslovênia, Croácia, Japão, Vietnã, Malásia e Nepal (Tabela 1).

• *Taxas de aborto.* Estimamos taxas de aborto específicas por idade para 34 países com estatísticas oficiais ou pesquisas de amostra nacionais que incluíam dados sobre aborto[†] (Tabela 2, página 12). Estas taxas indicam diferenças na incidência anual de abortos em relação à idade da mulher.

Em 27 países, as taxas de aborto são mais altas entre mulheres com idades entre 20 e 29 anos—em 17 países, estas mulheres têm 20–24 anos de idade, e em 10, entre 25 e 29 anos de idade. (Em vários destes países, as taxas diferem muito pouco entre os dois grupos etários). Em seis países, a taxa para mulheres de 30–34 anos de idade é ligeiramente mais alta para mulheres com idades entre 20 e 29 anos (Israel, Eslovênia, Itália, Japão, Quirgístão e

*Além disso, o grupo etário mais jovem nos dados da Nigéria tem mulheres com menos de 21 anos de idade, assim que inclui um número um pouco maior de mulheres do que o grupo mais jovem nos outros países (mulheres com menos de 20 anos).

†Não podemos estimar a taxa de aborto usando dados de pesquisas ad hoc ou dados de alta hospitalar porque não são representativos de todas as mulheres.

Uzbequistão). Sendo assim, na maioria destes países, as taxas de aborto indicam um padrão invertido em U com a idade das mulheres.

A ocorrência de aborto entre adolescentes não pode ser negada, de nenhuma maneira, em muitos dos 34 países. As taxas de aborto entre adolescentes são extremamente altas em Cuba (91 abortos por 1.000 adolescentes por ano); são altas na Bulgária, Estônia, Hungria, Estados Unidos, Romênia e Rússia (30–44 por 1.000); e são moderadamente altas na Austrália e no Canadá (22–24 por 1.000). No entanto, ocorrem somente 10–20 abortos por 1.000 adolescentes em 13 países, e menos de 10 por 1.000 em 10 países. Bélgica, Alemanha e Países Baixos têm estatísticas nacionais completas e uma taxa de aborto entre adolescentes muito baixa; estas taxas reduzidas refletem níveis gerais de aborto muito baixos nestes países.

As taxas de aborto geralmente são as mais baixas entre mulheres com 40 anos ou mais. Embora as taxas para esta faixa etária sejam tipicamente reduzidas, existem 10 ou mais abortos por 1.000 mulheres em 12 países (Bulgária, Cazaquistão, Eslovênia, Estônia, Hungria, Moldova, Quirgistão, Romênia, Rússia, Singapura, Turquia e Uzbequistão).

A taxa de aborto total representa o número de abortos que uma mulher comum terá durante a sua vida se ela sofre as taxas de aborto prevalentes, específicas à idade. Conforme indicado pela tabela, esta taxa é mais alta na Romênia (3,4 abortos por mulher) e Rússia (2,4); é menos de 0,5 em 15 países, 0,5–1,0 em 10 países, e acima de 1,0 no restante. Para países com dados incompletos, no entanto, as taxas reais específicas à idade e as taxas de aborto total serão um pouco mais altas do que as indicadas neste artigo.

• *Razões de aborto.* Em quase todos os 20 países para os quais dados estavam disponíveis (exceto Países Baixos e Suécia), a porcentagem de gestações que terminam em abortos é mais alta para mulheres com 40 anos ou mais (Tabela 3, página 13). Entre as mulheres mais velhas, a razão de aborto varia de 25 abortos por 100 casos de gravidez nos Países Baixos a 89 ou mais por 100 na Bulgária, República Tcheca e Uzbequistão; na Romênia, a razão entre mulheres com 40 anos de idade ou mais é a mesma do que entre as mulheres com 35–39 anos de idade (86 por 100).

Nos Países Baixos e na Suécia, as razões mais altas ocorrem entre mulheres com menos de 20 anos de idade. Em geral, uma parte substancial de gestações entre adolescentes termina em abortos—um terço

ou mais em 12 dos 20 países com dados disponíveis. A razão de aborto entre adolescentes varia de três abortos por 100 gestações em adolescentes no Quirgistão, a 65 por 100 na Suécia.

Dois tendências principais são encontradas nas razões de aborto por grupo etário: numa forma de U, na qual a razão cai depois da adolescência e geralmente chega ao ponto mais baixo entre mulheres com 20–24 ou 25–29 anos de idade, e depois ascende ao nível mais alto entre mulheres com 40 anos ou mais; e um aumento uniforme, no qual a razão é mais baixa entre adolescentes e aumenta de forma estável com a idade. O Gráfico 1 indica estas tendências para países selecionados.

Somente alguns poucos países não indicam, exatamente, qualquer destas duas tendências. Na República Tcheca e Eslováquia, a razão de aborto aumenta quase uniformemente com a idade. Os Países Baixos e Suécia têm um padrão reverso em forma de J, com as adolescentes tendo uma razão mais alta do que as mulheres com 40 anos de idade ou mais.

Estado civil

• *Distribuições percentuais dos abortos.* As mulheres casadas obtêm uma porcentagem substancial de abortos—40% ou mais em 24 dos 40 países com dados disponíveis (Tabela 4). As mulheres solteiras obtêm a maioria dos procedimentos em 17 países.

As mulheres casadas obtêm uma porcentagem mais alta de abortos em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. No mundo em desenvolvimento, as mulheres casadas constituem porcentagens muito altas de abortos nos países asiáticos, incluindo as antigas repúblicas soviéticas na Ásia central, e três dos quatro países latino-americanos representados (Colômbia, Peru e República Dominicana). Por outro lado, nos poucos países africanos sub-saarianos com dados, uma pequena proporção de abortos ocorre entre mulheres casadas; não obstante, estes resultados têm como base estudos de mulheres internadas e, pelo menos em parte, reflete a maior morbidade entre mulheres solteiras, principalmente adolescentes.

No mundo desenvolvido, uma porcentagem mais alta de abortos ocorre entre mulheres casadas do que entre mulheres solteiras em vários países da Europa Oriental (Albânia, Bulgária, Eslováquia, Estônia e República Tcheca). Por outro lado, as mulheres solteiras constituem quase a metade dos abortos em cinco países desenvolvidos (Alemanha, Hungria, Israel, Itália e os Países Baixos) e uma grande

Tabela 4. Distribuição percentual de abortos, por estado civil da mulher no momento da terminação da gravidez, de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	Casada	Solteira	Total
Estatísticas nacionais completas			
Alemanha, 1995	52,5	47,6	100,0
Bélgica, 1995	34,4	65,6	100,0
Bulgária, 1996	74,8	25,3	100,0
Canadá, 1995	27,2	72,8	100,0
Cazaquistão, 1995	87,9	12,0	100,0
Cingapura, 1993	67,7	32,3	100,0
Escócia, 1996†	19,8	80,2	100,0
Eslováquia, 1995	73,8	26,1	100,0
Estados Unidos, 1995	16,2	83,8	100,0
Estônia, 1996	69,7	30,3	100,0
Finlândia, 1993	26,5	73,4	100,0
Hungria, 1996	52,2	47,8	100,0
Inglaterra e País de Gales, 1996*	21,4	78,6	100,0
Israel, 1995†	46,4	53,6	100,0
Noruega, 1993	39,2	60,8	100,0
Nova Zelândia, 1995	29,2	70,8	100,0
Países Baixos, 1992	29,2	70,8	100,0
República Tcheca, 1996	61,3	38,8	100,0
Estatísticas nacionais incompletas			
Albânia, 1995	96,6	3,3	100,0
Espanha, 1995	32,4	67,2	100,0
França, 1995	29,5	70,6	100,0
Itália, 1995	57,3	42,7	100,0
Quirgistão, 1997	96,0	4,1	100,0
Uzbequistão, 1996	98,0	2,0	100,0
Vietnã, 1991	96,2	4,0	100,0
Pesquisas ad hoc/dados hospitalares			
Bangladesh, 1991	96,7	3,3	100,0
Benin, 1993	80,3	19,8	100,0
Brasil, 1992–1993	38,5	61,5	100,0
Colômbia, 1990	72,2	27,8	100,0
Filipinas, 1993	91,0	9,0	100,0
Guiné, 1991	20,5	79,5	100,0
Malásia, 1981	91,2	8,8	100,0
Máli, 1981–1982	17,9	82,1	100,0
Moçambique, 1994	33,6	66,4	100,0
Nepal, 1984–1985	87,9	12,1	100,0
Nigéria, 1981–1987	24,3	75,7	100,0
Peru, 1990	87,6	12,4	100,0
Quênia, 1988–1989	20,0	80,0	100,0
República Dominicana, 1991	87,8	12,2	100,0
Sri Lanka, 1991–1992	98,0	2,0	100,0

*Somente residentes. †A distribuição se relaciona a solicitações para aborto; mulheres casadas incluem aquelas em processo de divórcio. ‡Exclui abortos realizados na Inglaterra e País de Gales. Notas: Mulheres casadas incluem as formalmente casadas e as que coabitam, ou estão em uniões consensuais; as mulheres solteiras são as anteriormente casadas e as que nunca casaram. Fontes: Veja anexo.

maioria de procedimentos de aborto em muitos outros países (Bélgica, Canadá, Escócia, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Inglaterra e País de Gales, Noruega e Nova Zelândia).

• *Taxas de aborto e razões de aborto.* Para a maioria dos países, não é possível calcular as taxas de aborto e razões de aborto segundo o estado civil da mulher porque a distribuição de abortos, mulheres e nascimentos por estado civil não está disponível. No entanto, calculamos as taxas para alguns países com dados de pesquisas (Cazaquistão, Estados Unidos, Quirgistão e Uzbequistão). Os resultados confirmam

Tabela 5. Razão de aborto (abortos induzidos por 100 casos de gravidez conhecidos) por estado civil da mulher no momento da terminação, de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	Casada	Solteira
Estatísticas nacionais completas		
Canadá, 1994	6,4	31,4
Cazaquistão, 1995†	40,7	62,5
Dinamarca, 1986	17,7	37,5
Eslováquia, 1995	28,7	48,1
Estados Unidos, 1985	8,4	60,7
Estônia, 1995	55,0	63,7
Finlândia, 1986	8,2	44,8
Hungria, 1996	31,7	60,1
Inglaterra e País de Gales, 1994*	7,5	36,3
Noruega, 1979	12,2	54,1
Nova Zelândia, 1982	5,5	28,0
Países Baixos, 1986	3,5	42,7
República Federal da Iugoslávia, 1989	57,7	46,5
República Tcheca, 1994	29,2	53,9
Suécia, 1971	8,3	30,1
Estatísticas nacionais incompletas		
Quirgistão, 1997†	29,3	30,0

*Com base em abortos somente entre residentes. †Com base em abortos e partos dentro de um ano prévio à pesquisa. *Notas:* Casos conhecidos de gravidez são definidos como abortos induzidos mais nascidos vivos ocorridos seis meses depois. Mulheres casadas incluem aquelas em uniões formais ou consensuais, e as que coabitam; mulheres solteiras são as que foram casadas e as que nunca casaram. *Fontes:* Veja anexo.

que, para os países asiáticos, a incidência de aborto é mais alta para mulheres casadas do que mulheres solteiras. No Cazaquistão, por exemplo, ocorrem 66 abortos por 1.000 mulheres casadas em idade reprodutiva, comparado com 18 por 1.000 mulheres solteiras. Paralelamente, no Quirgistão, as taxas são de 61 e 6 por 1.000, respectivamente. Por outro lado, dados dos Estados Unidos indicam que as solteiras têm uma taxa de aborto mais alta (38 por 1.000) do que as mulheres casadas (oit por 1.000).¹¹

A razão de aborto é mais alta entre mulheres solteiras do que entre mulheres casadas em 15 dos 16 países com dados disponíveis (Tabela 5). O diferencial é especialmente marcante no Canadá, Nova Zelândia, Estados Unidos e os países representados da Europa Ocidental. Para alguns países onde as mulheres casadas representam uma porcentagem mais alta de abortos do que as mulheres solteiras, a razão de aborto mostra um quadro diferente: uma vez grávidas, as mulheres solteiras têm uma maior probabilidade de procurar um aborto do que as suas contrapartes casadas (por exemplo, na República Tcheca, Estônia, Hungria, Cazaquistão e Eslováquia). Por conseguinte, a alta porcentagem de abortos que ocorre entre mulheres casadas nestes países reflete, principalmente, a alta proporção de casos de gravidez que ocorrem durante o casamento.

Paridade

• *Distribuições percentuais dos abortos.* Em 40 países com dados disponíveis, a distribuição de abortos por paridade varia amplamente (Tabela 6). Mulheres sem filhos obtêm menos de 10% dos abortos em 12 países, 10–29% em nove países, 30–49% em 14 países, e 50–68% em cinco países. A porcentagem mais baixa obtida por mulheres sem filhos é encontrada na Europa Oriental e na Ásia. Em geral, mais da metade dos abortos são obtidos por mulheres que tiveram pelo menos uma criança.

• *Razões de aborto.* Os resultados desta medida, apresentados para 11 países desenvolvidos num estudo prévio, indicam uma perspectiva diferente sobre o relacionamento entre aborto e paridade.¹² Embora as mulheres sem crianças obtêm uma alta porcentagem de abortos em vários destes países, as mulheres com duas crianças ou mais terminam uma porcentagem muito mais alta das suas gestações por aborto do que as mulheres sem crianças. É somente no Canadá e nos Estados Unidos que a taxa de aborto para mulheres sem filhos resulta mais alta do que a porcentagem para mulheres com um filho ou mais. Na Dinamarca, Hungria, República Tcheca e Suécia, a porcentagem de gestações que terminam em aborto é a mais alta para mulheres com dois filhos (cerca de 30–70%); na Inglaterra e País de Gales, Finlândia e Noruega, esta taxa é mais alta para mulheres com paridade de três ou mais (aproximadamente 30%).

Outras características

Características que não sejam idade, estado civil e paridade também afetam, provavelmente, a decisão da mulher de obter um aborto, seja por estas razões próprias ou como indicadores da situação social e econômica da mulher. De destaque particular são residência, religião, cor ou etnia, e educação.

Em oito dos 11 países com dados disponíveis, mulheres em áreas urbanas obtêm mais de 50% dos abortos. Em grande parte, isto é devido à distribuição da população por residência, mas a incidência de abortos entre mulheres urbanas e rurais difere de alguma maneira. As taxas de aborto por residência, disponíveis para cinco países, também são mais altas entre mulheres urbanas do que as que vivem em áreas rurais. Na Turquia, de acordo com dados da DHS, a taxa de aborto entre mulheres casadas alguma vez é de 31 por 1.000 em áreas urbanas, comparado com 19 por 1.000 em áreas rurais. Paralelamente, uma pesquisa de 1987 na Coreia

do Sul, indicou taxas de 70 por 1.000 em áreas urbanas e 57 em áreas rurais.¹³ A taxa de aborto dos Estados Unidos em 1994–1995 foi de 27 por 1.000 mulheres metropolitanas, e 14 por 1.000 mulheres não-metropolitanas.¹⁴

Em 1994–1995, dados nos Estados Unidos mostraram que a taxa de aborto era mais baixa para mulheres Protestantes (17 por 1.000) do que para as Católicas (24 por 1.000), embora as mulheres Protestantes representassem uma maior porcentagem do total das mulheres obtendo abortos no país, comparado com as Católicas (37% versus 31%).¹⁵ Dados de pesquisa para Uz-

Tabela 6. Distribuição percentual de abortos, por número de nascidos vivos anteriores, de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	0	≥1	Total
Estatísticas nacionais completas			
Alemanha, 1996	36,5	63,5	100,0
Bélgica, 1995	47,0	53,0	100,0
Canadá, 1995*	48,0	52,0	100,0
Cazaquistão, 1995	4,5	95,6	100,0
Cingapura, 1993**	40,6	59,4	100,0
Dinamarca, 1994	45,9	54,1	100,0
Escócia, 1996†	55,9	44,1	100,0
Eslováquia, 1995	15,4	84,6	100,0
Eslovênia, 1996	23,9	76,2	100,0
Estados Unidos, 1995	45,0	55,0	100,0
Estônia, 1996	22,8	77,2	100,0
Finlândia, 1996‡	46,8	53,2	100,0
Inglaterra e País de Gales, 1996†	53,8	46,2	100,0
Israel, 1995§	4,4	95,6	100,0
Noruega, 1993	67,7	32,3	100,0
Nova Zelândia, 1995	47,7	52,3	100,0
Países Baixos, 1992†	48,9	51,1	100,0
República Tcheca, 1996	21,0	79,1	100,0
Suécia, 1996	45,6	54,4	100,0
Estatísticas nacionais incompletas			
Albânia, 1995	30,5	69,5	100,0
Coreia do Sul, 1987**,††	7,3	92,8	100,0
Croácia, 1996	23,0	77,0	100,0
Espanha, 1996**	54,0	46,0	100,0
França, 1995	46,8	53,2	100,0
Itália, 1995	38,6	61,4	100,0
Quirgistão, 1997	2,9	97,1	100,0
Romênia, 1993	7,8	92,3	100,0
Turquia, 1993	2,8	97,1	100,0
Uzbequistão, 1996	2,2	97,8	100,0
Vietnã, 1991**	7,1	92,9	100,0
Pesquisas ad hoc/dados hospitalares			
Bangladesh, 1991**	12,7	87,3	100,0
Brasil, 1992–1993	33,6	66,4	100,0
Colômbia, 1990	29,2	70,7	100,0
Etiópia, 1989	65,9	34,1	100,0
Filipinas, 1993	0,0	100,0	100,0
Índia, ca, 1990§	1,7	98,3	100,0
Malásia, 1981	16,9	83,1	100,0
Peru, 1990	24,0	76,0	100,0
República Dominicana, 1991	7,5	92,3	100,0
Sri Lanka, 1991–1992	0,0	100,0	100,0

*Com base em partos anteriores. †Com base somente em residentes. ‡Com base em dados provisórios. §Com base somente em mulheres casadas. **Com base no número de filhos sobreviventes. ††Com base na pesquisa de mulheres casadas de 20–44 anos de idade. *Nota:* Números desconhecidos distribuídos através das categorias de acordo com a porcentagem de cada categoria. *Fontes:* Veja anexo.

bequistão, onde a maioria da população é Muçulmana, revelam que, embora as mulheres Muçulmanas obtenham a maior porcentagem de abortos (87%), elas têm a menor taxa de aborto—17 por 1.000, quando comparado com 39 por 1.000 entre as Cristãs. No Cazaquistão foi encontrada uma tendência semelhante.

Em alguns países, as taxas de aborto variam substancialmente por etnia. Nos Estados Unidos em 1995, a taxa de aborto era muito mais alta entre mulheres negras (56 por 1.000) do que entre as brancas (17 por 1.000).¹⁶ Nos Países Baixos, as mulheres nativas da Holanda obtiveram 57% dos abortos e tinham uma taxa de aborto de quatro por 1.000 em 1992; por outro lado, as mulheres nascidas na Turquia vivendo nos Países Baixos representavam somente 5% dos abortos, mas tinham a taxa de aborto mais alta—35 por 1.000.¹⁷ Em Uzbequistão, as nativas do país representavam cerca de três quartos dos abortos; as taxas mais altas encontravam-se entre as russas (43 por 1.000) e as mulheres do Cazaquistão (19 por 1.000).

A distribuição percentual de abortos, de acordo com a formação educacional das mulheres, é disponível para um número considerável de países. Em 15 dos 23 países analisados, a maioria de abortos é obtida por mulheres que têm pelo menos alguma educação de segundo grau (Tabela 7). A distribuição de abortos, de acordo com a realização educacional da mulher, no entanto, provavelmente reflete a distribuição das mulheres de acordo com a formação educacional num país específico, e assim, revela pouco sobre diferenças por nível de escolaridade.

No Cazaquistão, Quirgistão e Uzbequistão, 80–81% dos abortos ocorrem entre mulheres com educação secundária, refletindo o fato que 82–89% das mulheres com 15–49 anos de idade têm este nível de escolaridade naqueles países. Na Turquia, a porcentagem de abortos que são obtidos por mulheres com educação primária (59%) é exatamente a mesma porcentagem de todas as mulheres de 15–49 anos de idade que têm educação primária. Além disso, no Bangladesh e Nepal, onde a maioria das mulheres não tem escolaridade, as mulheres sem escolaridade constituem a maioria dos abortos. Um estudo de mulheres com complicações de aborto em oito hospitais de distrito no Quênia, encontrou que 52% tinham educação secundária ou mais, 40% tinham educação primária, e somente 8% não tinham educação formal; por outro lado, de acordo com dados da DHS para o país, estes níveis de escolaridade entre todas as mulheres com ida-

Tabela 7. Distribuição percentual de abortos, por educação da mulher, de acordo com o país, ano e qualidade das estatísticas

País, ano e qualidade das estatísticas	Nenhuma	Primária	Secundária	≥Universidade	Desconhecida	Total
Estatísticas nacionais completas						
Cazaquistão, 1995*	0,0	0,0	80,2	19,8	0,0	100,0
República Tcheca, 1995	0,0	23,0	61,3	15,5	0,2	100,0
Estatísticas nacionais incompletas						
Armênia, 1994	0,0	0,0	41,5	58,5	0,0	100,0
Coréia do Sul, 1987‡	0,0	15,5	75,1	9,4	0,0	100,0
Espanha, 1996	3,1	18,3	60,4	15,8	2,4	100,0
Itália, 1995†	0,0	11,2	65,5	3,0	20,2	100,0
Quirgistão, 1997	0,1	0,0	79,8	20,2	0,0	100,0
Romênia, 1993	0,0	26,3	63,7	9,8	0,0	100,0
Turquia, 1993	18,0	58,7	19,1	4,1	0,0	100,0
Uzbequistão, 1996	0,0	0,0	81,0	19,0	0,0	100,0
Vietnã, 1991	0,3	3,3	87,2	9,2	0,0	100,0
Pesquisas ad hoc/dados hospitalares						
Bangladesh, 1991	56,0	22,0	18,6	3,4	0,0	100,0
Colômbia, 1990	23,1	27,8	30,4	18,6	0,0	100,0
Etiópia, 1989	2,7	15,8	72,1	8,5	0,0	100,0
Filipinas, 1993	0,0	9,0	48,0	43,0	0,0	100,0
Malásia, 1981	0,0	73,7	0,0	26,3	0,0	100,0
Mali, 1981–1982	32,7	20,4	40,7	4,4	1,8	100,0
Moçambique, 1994	6,3	78,4	15,3	§	0,0	100,0
Peru, 1990	16,2	27,4	22,9	33,5	0,0	100,0
Quênia, 1988–1989	7,9	40,0	52,1	§	0,0	100,0
República Dominicana, 1991	7,1	58,8	29,3	5,1	0,0	100,0
Rússia, 1996	0,0	0,0	75,3**	24,7	0,0	100,0
Sri Lanka, 1991–1992	5,0	71,0	18,0	6,0	0,0	100,0

*As categorias significam primária incompleta, primária completa, secundária vocacional, secundária especializada e universidade. †As categorias significam menos do que a primária, licença elementar, segundo grau incompleto, segundo grau completo e universidade ou estudos superiores. ‡Com base na pesquisa de mulheres casadas de 20–44 anos de idade. §Incluído na categoria educacional de secundária. **Nenhuma categoria para níveis de educação menores de alguma educação secundária. Fontes: veja anexo.

des entre 15 e 49 anos eram de 25%, 58% e 18%, respectivamente.

As taxas de aborto por nível educacional, disponíveis para um pequeno número de países, fornecem uma melhor indicação das diferenças na incidência de aborto por educação e mostram tendências variáveis entre os países. As taxas calculadas de dados de pesquisas de amostras para três países asiáticos indicam que a incidência de abortos é um pouco mais alta entre mulheres com mais do que escolaridade secundária.* No Cazaquistão e Quirgistão, ocorrem 53–56 abortos por 1.000 mulheres com mais do que educação secundária, comparado com 42–49 por 1.000 mulheres com educação secundária ou inferior. A diferença é muito maior no Uzbequistão; a taxa para mulheres que têm mais do que educação secundária (32 por 1.000) é o dobro das mulheres com educação secundária (16 por 1.000). Por outro lado, dados de pesquisa da Coréia do Sul mostram que, entre as mulheres casadas, aquelas com mais do que educação secundária obtêm uma porcentagem mais baixa de abortos, e têm uma razão de aborto mais baixa do que as mulheres com menos escolaridade.¹⁸

Os resultados de um estudo na Itália sugerem que o impacto da escolaridade no aborto pode depender da idade das mulheres. Entre as mulheres com idades en-

tre 15 e 19 anos, especialmente as mulheres casadas (um grupo bastante reduzido), a taxa de aborto era mais alta para o grupo mais educado. Por outro lado, entre as mulheres casadas de 20–39 anos de idade, a taxa de aborto se reduziu com o aumento do nível de educação. Para mulheres com 40 anos ou mais, a taxa de aborto aumentou com o nível de escolaridade.¹⁹

Discussão

Tanto o aborto induzido, quanto a gravidez não planejada, ocorrem em virtualmente todas as sociedades. A decisão da mulher de terminar uma gravidez não planejada provavelmente será determinada pelas suas características, especialmente sua idade e paridade, assim como pelas características que refletem e influenciam seus valores, atitudes e motivação para prevenir um parto não planejado—tais como estado civil, educação, local de residência, religião e etnia.

Na maioria dos países com dados disponíveis, o aborto é concentrado, em grande medida, nas idades centrais do perí-

*Embora estas taxas sejam subestimadas devido a dados incompletos, e as estatísticas sobre os abortos obtidos por mulheres mais escolarizadas possam estar mais completas do que as estimativas para mulheres menos escolarizadas, a sub-notificação provavelmente não cancelará ou reverterá o padrão da incidência do aborto por educação.

do reprodutivo. Tanto a porcentagem de mulheres que têm um aborto quanto as taxas de aborto indicam que mulheres com idades entre 20 e 29 anos geralmente têm a maior probabilidade de obter um aborto. Isto é parcialmente devido a que existe uma probabilidade relativa de que as mulheres nesta faixa etária estejam casadas, sexualmente ativas e férteis—o que se traduz em altas taxas de gravidez.²⁰ Estas mulheres procuram abortos tanto para espaçar os partos, quanto para parar de ter filhos.

Embora o relacionamento invertido em forma de U entre as taxas de aborto e a idade da mulher é aparente na maioria dos países e regiões, encontrou-se uma importante diferença regional. A porcentagem de abortos e a taxa de aborto são mais baixas entre as adolescentes em muitos países asiáticos, mas em todas as outras regiões, as adolescentes, geralmente, constituem uma porcentagem mais alta de abortos do que as mulheres com idades entre 20 e 29 anos. A variabilidade nos níveis da qualidade das estatísticas sobre abortos pode explicar parte desta variação, especialmente entre os países desenvolvidos (onde as estatísticas são completas na sua maioria) e os países em desenvolvimento (onde são incompletas na sua maioria); não obstante, esta diferença também é observada entre países em desenvolvimento. Outras possíveis razões para esta variação são os níveis mais altos de atividade sexual (e gravidez não planejada) entre jovens mulheres solteiras em regiões que não sejam a Ásia, e maior motivação entre mulheres nestas regiões para terminar uma gravidez (mesmo entre jovens casadas), freqüentemente porque desejam completar a sua educação ou continuar a trabalhar.

As altas taxas de aborto entre as faixas etárias mais avançadas em muitos países asiáticos e da Europa Oriental, assim como nas antigas repúblicas soviéticas asiáticas, podem refletir um baixo nível no uso de anticoncepcionais modernos. No Japão, por exemplo, a pílula foi aprovada até há pouco para uso anticoncepcional, e a esterilização ainda é pouco usada.²¹ Nas antigas repúblicas soviéticas e na Europa Oriental, as mulheres dependem em grande parte do aborto para limitar o tamanho da sua família porque métodos anticoncepcionais eficazes, incluindo a esterilização, não estão prontamente disponíveis (embora a disponibilidade e utilização estejam aumentando paulatinamente).²²

Em cerca de dois terços dos países analisados, uma porcentagem mais alta de abortos ocorre entre mulheres casadas do

que solteiras. A taxa de aborto também é mais elevada para mulheres casadas na maioria dos poucos países com dados disponíveis (Cazaquistão, Quirgistão e Uzbequistão), mas estes todos são de uma sub-região. Como contraste, as taxas de aborto nos Estados Unidos indicam que as mulheres solteiras têm mais de quatro vezes a probabilidade de obter um aborto do que as mulheres casadas.

A distribuição de aborto por estado civil, no entanto, varia de maneira notável por região. Em todos os países asiáticos incluídos neste estudo, as mulheres casadas obtêm a maior porcentagem, em muito, dos abortos. Os resultados são mistos para as outras regiões, com exceção da África sub-Saariana, onde cinco de seis países com dados mostram uma porcentagem mais alta de abortos obtidos por mulheres solteiras.

Na Ásia, jovens mulheres solteiras provavelmente não são sexualmente ativas, mas logo após o casamento, é esperado que as adolescentes comecem a ter filhos. Diz-se que o casamento induzido por gravidez é comum na Europa Central e Oriental, o que pode explicar, em parte, o fato de que a incidência de aborto é mais baixa entre mulheres solteiras naquelas áreas do que em outras áreas da Europa.²³ Na África sub-Saariana, onde a maioria dos estudos consideram pacientes internadas por aborto, as mulheres jovens e solteiras podem estar super-representadas, porque são as com a maior probabilidade de obter um aborto em condições de risco, devido à sua falta de experiência e recursos. Um estudo no Quênia indicou que esta tendência está mudando, e que mulheres casadas de maior idade estão assumindo uma porcentagem cada vez maior daquelas que obtêm abortos;²⁴ este tipo de mudança na faixa etária é esperado em muitos países da África sub-Saariana, parcialmente devido à motivação cada vez maior de ter famílias menos numerosas.²⁵

As razões de aborto mostram que, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, as gestações entre mulheres solteiras têm cada vez maior probabilidade de serem resolvidas pelo aborto do que as gestações entre casadas. Este achado é reforçado pelas razões que as mulheres fornecem para obter um aborto—incluindo não desejar ser uma mãe solteira, ser jovem demais, ter medo das objeções dos pais, não querer que a gravidez atrapalhe a educação ou emprego, e não ser capaz de cuidar do bebê (especialmente sem o apoio do parceiro).²⁶

Na maioria dos países em desenvolvimento e muitos países da Europa Orien-

tal estudados, as mulheres que tiveram pelo menos um nascido vivo têm a maioria dos abortos. Esta apuração sugere que, nestes países, o aborto é obtido principalmente para espaçar ou limitar os partos, em vez de adiar o início do estabelecimento da família. No restante da Europa e no Canadá e nos Estados Unidos, as mulheres sem filhos conformam a maioria dos abortos. Este resultado é consistente com o achado de que uma alta porcentagem de abortos nestas regiões é obtida por mulheres solteiras.²⁷

Mulheres residentes em áreas urbanas têm uma maior probabilidade de obter um aborto do que as mulheres que residem nas áreas rurais. Esta apuração provavelmente reflete o fato de que é mais fácil obter serviços de aborto nas áreas urbanas do que nas rurais.

A distribuição percentual de abortos de acordo com o nível de educação da mulher reflete, em grande parte, a distribuição destas mulheres, sugerindo que algumas delas, a todos os níveis educacionais, obtêm abortos. As com maior escolaridade podem ter maior êxito do que as com menos escolaridade em prevenir gravidez não planejada, devido ao nível mais alto de conhecimentos e acesso a anticoncepcionais; mas também podem ter motivação mais forte para chegar a um tamanho menor de família e de prevenir nascimentos não planejados, considerando o maior custo-opportunidade para elas (em termos de emprego e renda). As mulheres mais jovens e com maior nível educacional, podem terminar uma gravidez não planejada para completar a sua educação ou aumentar a sua experiência de trabalho antes de estabelecer uma família; as mulheres mais idosas, e provavelmente menos instruídas, podem obter um aborto porque já têm o número de filhos desejado. O relacionamento complexo entre a educação e outras características demográficas, preferências de fecundidade, anticoncepção e aborto são refletidos nos padrões, bastante diferentes, encontrados nos poucos países onde esta informação é disponível nas taxas de aborto de acordo com a formação educacional das mulheres.

O conhecimento de como as características demográficas, sociais e econômicas se relacionam ao aborto induzido pode ser um fator importante no melhoramento da compreensão das circunstâncias que influenciam a decisão das mulheres de obter um aborto e, também, até certo ponto, das razões que levam a uma gravidez não planejada e ao aborto.²⁸ Conseqüentemente, estudos sobre os diferenciais no aborto de acordo com as características das

mulheres, podem ajudar a identificar subgrupos com necessidade especial de serviços e orientação para prevenir gravidez não planejada. Desde uma perspectiva política mais ampla, análises que demonstram o ponto até o qual o aborto é obtido por mulheres de todas as características sócio-econômicas e demográficas documentam a universalidade da necessidade das mulheres de um aborto quando enfrentam um caso de gravidez não planejada. Apesar das variações no nível de abortos entre subgrupos, estes resultados conotam que, para algumas mulheres em todos os contextos, as circunstâncias pessoais, sociais ou de família tornam uma gravidez a termo inaceitável.

Anexo

Para os seguintes países, estatísticas oficiais foram obtidas das repartições governamentais relevantes (detalhes estão disponíveis dos autores): Alemanha, Armênia, Austrália, Bélgica, Bulgária, Canadá, Chile, Croácia, Cuba, Dinamarca, Escócia, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, França, Hungria, Índia, Inglaterra e País de Gales, Irlanda, Israel, Itália, Japão, México, Noruega, Nova Zelândia, Países Baixos, República Tcheca e Suécia. Para outros países, as fontes detalhadas estão listadas a seguir.

- **Bangladesh:** Begum SF et al., *Hospital-Based Descriptive Study of Illegally Induced Abortion-Related Mortality and Morbidity, and Its Cost on Health Services*, 1991, Dhaka: Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion, 1991.
- **Benin:** Alihonou E, Goufodji S e Capo-Chichi V, Morbidity and mortality related to induced abortions, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):58-65.
- **Brasil:** Misago C et al., Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil, trabalho apresentado no Encontro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, Colômbia, 15-18 de novembro de 1994.
- **Cazaquistão:** Kazakhstan National Institute of Nutrition e Macro International, *Kazakhstan Demographic and Health Survey*, 1995, Calverton, MD, EUA: Macro International, 1996; e tabulações especiais de dados DHS.
- **Cingapur:** Chen AJ et al., Legalized abortion: the Singapore experience, *Studies in Family Planning*, 1985, 16(3):170-178.
- **Colômbia:** Tabulações especiais de dados de um estudo prospectivo de mulheres que receberam tratamento para complicações derivadas do aborto, em 36 hospitais de quatro países, conduzido pela Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), 1990.
- **Coréia (do Sul):** Korea Institute for Health and Social Affairs, 1996 *National Fertility and Family Health Survey Report*, Seul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 1996.
- **Etiópia:** Family Planning Guidance Association of Ethiopia, Unsafe/illegal abortion in Ethiopia, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):68-71.
- **Estados Unidos:** Henshaw SK, Abortion incidence and services in the United States, 1995-1996, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(6):263-270 & 287; e Koonin LM et al., Abortion surveillance—United States, 1995, *Morbidity and Mortality Weekly*

Report, 1998, 47(SS-2):31-68.

- **Filipinas:** Ford NJ e Manlagnit AB, Social factors associated with abortion-related morbidity in the Philippines, *British Journal of Family Planning*, 1994, 20(3):92-95.
- **Finlândia:** Hämäläinen H, Rasimus A e Ritamo M, *Abortions*, 1993, Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health, 1995 (em finlandês).
- **Guiana:** Nunes FE e Delph YM, Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana, *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:66-76.
- **Malásia:** Foong CS, A study of characteristics of women seeking induced abortion, *Medical Journal of Malaysia*, 1982, 37(4):318-321.
- **Moçambique:** Hardy E et al., Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique, *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:108-115.
- **Moldova:** Serbanescu F e Morris L, *Reproductive Health Survey: Moldova*, 1995. *Preliminary Report*, Atlanta, GA, EUA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1998.
- **Nepal:** Thapa PJ, Thapa S e Shrestha N, A hospital-based study of abortion in Nepal, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(5):311-318.
- **Nigéria:** Konje JC, Obisesan KA e Ladipo OA, Health and economic consequences of septic abortion, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1992, 37(3):193-197.
- **Peru:** Tabulações especiais de dados de um estudo prospectivo de mulheres que receberam tratamento para complicações derivadas do aborto, em 36 hospitais de quatro países, conduzido pela FLASOG, 1990.
- **Quênia:** Lema V, Kamau K e Rogo K, Experience of women presenting with abortion complications in eight district hospitals, em: Rogo K, Leonard A e Muia E, eds., *Unsafe Abortion in Kenya: Findings from Eight Studies*, Nairobi: Population Council, 1996, págs. 17-20.
- **Quirgistão:** Análise especial de dados DHS para 1997.
- **República Dominicana:** Paiwonsky D, *Determinantes Sociales y Consecuencias del Aborto Inducido en la República Dominicana*, Santo Domingo: Organización Mundial da Saúde, 1993.
- **Romênia:** Ministry of Health, Institute for Mother and Child Care, e CDC, Division for Reproductive Health, *Reproductive Health Survey, Romania 1993: Final Report*, Bucharest, Romênia, e Atlanta, GA, EUA: Ministry of Health e CDC, 1995.
- **Rússia:** Goldberg H et al., 1996 *Russia Women's Reproductive Health Survey: A Study of Three Sites—Final Report*, Atlanta, GA, EUA: CDC, 1998.
- **Sri Lanka:** Fernando DN e Rabel RAS, *Induced abortion—a hospital based study*, Ceylon Journal of Medical Science, 1992, 35:1-5.
- **Turquia:** Akin A e Bertan M, *Contraception, Abortion, and Maternal Health Services in Turkey: Results of Further Analysis of the 1993 Turkish Demographic and Health Survey*, Calverton, MD, EUA: Macro International, 1996; e tabulações especiais de dados DHS.
- **Uzbequistão:** Uzbekistan Institute of Obstetrics and Gynecology e Macro International, *Uzbekistan Demographic and Health Survey*, 1996, Calverton, MD, EUA: Macro International, 1997; e tabulações especiais de dados DHS.
- **Vietnã:** Hieu DT, Stoekel J e Tien NV, Pregnancy termination and contraceptive failure in Viet Nam, *Asia-Pacific Population Journal*, 1993, 8(4): 3-18.
- **Zâmbia:** Likwa RN e Whittaker M, The characteristics of women presenting for abortion and complications of illegal abortions at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia:

an explorative study, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):43-49.

Referências

1. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*, Nova Iorque: AGI, 1995; e Bankole A e Westoff CF, *Childbearing Attitudes and Intentions*, DHS Comparative Studies, Calverton, MD, EUA: Macro International, 1995, No. 17.
2. Salter C, Johnson HB e Hengen N, Care for postabortion complications: saving women's lives, *Population Reports*, Series L, No. 10, 1997.
3. Henshaw SK e Morrow E, *Induced Abortion: A World Review*, Nova Iorque: AGI, 1990.
4. Agadjanian V e Zhenchao Q, *Ethnocultural identity and induced abortion in Kazakhstan*, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(4):317-329; Henshaw SK e Kost K, Abortion patients in 1994-1995: characteristics and contraceptive use, *Family Planning Perspectives*, 1996, 28(4):140-147 & 158; e Zamudio L, Rubiano N e Wartenberg L, La incidencia del aborto inducido en Colombia, trabalho apresentado no Encontro de Investigadores Sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, Colômbia, 15-18 de novembro de 1994.
5. Henshaw SK, Singh S e Haas T, The incidence of abortion worldwide, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Supplement):S30-S38.
6. Tietze C e Henshaw SK, *Induced Abortion: A World Review*, 1986, sixth ed., Nova Iorque: AGI, 1986.
7. Nações Unidas, Divisão de População, *The Sex and Age Distribution of the World Populations: The 1996 Revision*, Nova Iorque: Nações Unidas, 1997.
8. Rogo KO, Induced abortion in Sub-Saharan Africa, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):14-20; e Mirembe FM, A situation analysis of induced abortions in Uganda, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):79-80.
9. Likwa RN e Whittaker M, The characteristics of women presenting for abortion and complications of illegal abortions at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: an explorative study, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):43-49.
10. Mirembe FM, 1996, op. cit. (ver referência 8).
11. Tabulações especiais de dados, usando estimativas de população do U.S. Census Bureau.
12. Henshaw SK e Morrow E, 1990, op. cit. (ver referência 3).
13. Lim JK et al., Prevalence of induced abortion in Korea, *Journal of Population and Health Studies*, 1989, 9(1):23-59.
14. Tabulações especiais de dados do AGI.
15. Ibid.
16. Tabulações especiais de dados, usando estimativas de população do U.S. Census Bureau.
17. Rademakers J, *Abortion in Nederland 1991-1992*, Utrecht, Países Baixos: Stimezo Nederland, 1995.
18. Lim JK et al., 1989, op. cit. (ver referência 13).
19. Bettarini SS e D'Andrea SS, Induced abortion in Italy: levels, trends and characteristics, *Family Planning Perspectives*, 1996, 28(6):267-271.
20. Tietze C e Henshaw SK, 1986, op. cit. (ver referência 6).
21. Henshaw SK e Morrow E, 1990, op. cit. (ver referência 3).

(continua na página 37)

Características de mulheres...

(continua da página 19)

22. Westoff CF et al., *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics*, Calverton, MD, EUA: The Policy Project e Macro International, 1998; e Czech Statistical Office et al., 1993 *Czech Republic Reproductive Health Survey Final Report*, Atlanta, GA, EUA: Centers for Disease Control and Prevention, 1995.
23. Henshaw SK e Morrow E, 1990, op. cit. (ver referência 3).
24. Rogo K, Leonard A e Muia E, eds., *Unsafe Abortion in Kenya: Findings from Eight Studies*, Nairobi: Population Council, 1996.
25. Bankole A e Westoff CF, 1995, op. cit. (ver referência 1); e Rogo KO, Induced abortion in Sub-Saharan Africa, *East African Medical Journal*, 1993, 70(6):368–395.
26. Bankole A, Singh S e Haas T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127 & 152.
27. Knudsen LB, Induced abortions in Denmark, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 164 (Supplement):54–59; e Skjeldestad FE, When pregnant—why induced abortion? *Scandinavian Journal of Medicine*, 1994, 22(1):68–73.
28. Bankole A, Singh S e Haas T, 1998, op. cit. (ver referência 26).