

Aborto inseguro no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: magnitude e evolução de 2008 a 2017

Unsafe abortions in the State of Rio de Janeiro, Brazil: magnitude and time trend from 2008 to 2017

Aborto inseguro en el Estado de Río de Janeiro, Brasil: magnitud y evolución temporal de 2008 a 2017

Stéphanie Chaves Paes ¹

Natália Santana Paiva ²

Hélia Kawa ³

Sandra Costa Fonseca ³

doi: 10.1590/0102-311X00299720

Resumo

Dados sobre aborto inseguro são escassos e estimativas baseadas em internações apontaram decréscimo nos últimos anos. O objetivo foi analisar a evolução temporal de aborto inseguro no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2008 a 2017. Utilizamos dados secundários de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) por complicações de aborto, para mulheres em idade fértil de 15-44 anos. Aplicamos estimativa indireta com fator de correção baseado em dados nacionais e do estado. Calculamos: taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil (TAI-MIF), razão de abortos inseguros por nascidos vivos (RAI-NV), segundo faixa etária. Adicionalmente, calculamos novos indicadores: taxa de aborto espontâneo (TAE) e não especificado (TANE) por mulheres em idade fértil; razão de aborto espontâneo (RAE) e não especificado (RANE) por nascidos vivos, independentemente da idade. A tendência temporal foi por regressão Joinpoint, calculando a mudança percentual anual (MPA) e intervalo de 95% de confiança (IC95%). As mulheres que mais induziram aborto têm de 20-24 anos: TAI de 8 por mil. Gestações terminaram em aborto inseguro mais frequentemente na faixa de 40-44 anos: RAI entre 16 e 20 por 100 nascidos vivos. As adolescentes tiveram redução da TAI entre 2015 e 2017 (MPA = -10; IC95%: -18,2; -1,1), e houve aumento para aquelas de 40-44 anos, entre 2008 e 2017 (MPA = 2,2; IC95%: 0,5; 4,0). Para outras faixas e para o indicador RAI-NV houve estabilidade. A TAE (MPA = -3,5; IC95%: -5,9; -1,0), e a RAE (MPA = -3,8; IC95%: -6,3; -1,2) reduziram enquanto a TANE (MPA = 6,6; IC95%: 1,7; 11,8) e a RANE (MPA = 6,4; IC95%: 1,6; 11,3) aumentaram no período. O aborto inseguro no Estado do Rio de Janeiro mostrou magnitude e evolução temporal diferenciadas segundo faixas etárias e código da CID-10.

Correspondência

S. C. Paes

Trav. Genésio Pedro Machado 68, casa 18, São Gonçalo, RJ 24452-125, Brasil.

stephanie-paes@hotmail.com

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

Aborto Induzido; Estudos de Séries Temporais; Sistemas de Informação em Saúde; Hospitalizações



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Na história reprodutiva de muitas mulheres ocorrem gestações não intencionais. Entre 2015 e 2019, estima-se que ocorreram cerca de 120 milhões de gestações não intencionais por ano, das quais 61% terminaram na indução de um aborto ¹. Os dois eventos foram mais frequentes nos países em desenvolvimento, principalmente naqueles onde o aborto induzido tem restrições legais. Na América Latina, a estimativa foi de 69 gestações não intencionais por mil mulheres de 15-49 anos, resultando em 32 abortos induzidos por mil, ou seja 47% do total ¹.

Grande parte dos abortos induzidos nos países com restrição legal é realizado por pessoas não qualificadas e/ou em recintos inadequados, considerados abortos inseguros ². Na análise de série temporal, tem havido declínio nos países desenvolvidos e estabilidade nos de baixa/média renda ¹. Portanto, os dois eventos, gestação indesejada e realização de aborto inseguro configuram desigualdades no acesso à saúde reprodutiva e nos direitos das mulheres.

No Brasil, estimativas de aborto inseguro variaram muito, e provavelmente houve decréscimo nas internações por complicações do aborto ³. Internações hospitalares por complicações do aborto têm sido utilizadas para estimativa indireta do número de abortos inseguros, com base na metodologia apoiada pelo Instituto Guttmacher (<https://www.guttmacher.org/>) e aplicada pela primeira vez a dados do Brasil por Singh & Wulf ⁴. Assume-se com essa metodologia que, em contexto de ilegalidade, a necessidade de internação hospitalar revela a alta probabilidade de um aborto inseguro.

O fato de existir um registro nacional de internações possibilita essa estimativa, mas é necessário incluir fatores de correção, considerando que: (a) a necessidade de internação pós-procedimento pode variar; (b) nem todos os procedimentos podem estar cobertos pelo sistema de saúde público e (c) os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) para aborto compreendem uma variedade de apresentações clínicas e, quanto maior a restrição legal, maior o uso de códigos não específicos ou a classificação como aborto espontâneo ⁵.

Vários estudos nacionais e locais utilizaram esta metodologia e detectaram diminuição das internações e, provavelmente, dos abortos realizados de forma insegura ao longo da década de 1990 e nos anos 2000 ^{6,7,8,9,10}. Estes estudos realizaram pequenas adaptações da metodologia, concernentes à escolha dos códigos da CID e aos fatores de correção, possibilidade já discutida por Singh & Wulf ⁴, em 1994, em face às ocorrências de subnotificação, vieses de informação e diferenças entre locais.

Adicionalmente ao número estimado de abortos inseguros, indicadores relacionando esse número ao total de mulheres em idade fértil e ao total de nascidos vivos, são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e podem ampliar o conhecimento sobre a realização de aborto inseguro e seu contexto na história reprodutiva das mulheres ¹¹. A taxa de abortos inseguros por mil mulheres em idade fértil expressa o nível de abortos inseguros em uma população feminina em idade reprodutiva e a razão de abortos inseguros por 100 nascidos vivos expressa a probabilidade de uma gravidez terminar em aborto inseguro em vez de um nascimento vivo ¹¹.

O objetivo do presente estudo foi analisar a evolução temporal de abortos inseguros e seus indicadores no Estado do Rio de Janeiro, de 2008 a 2017.

Métodos

Foi realizado um estudo ecológico de série temporal. Usamos dados secundários das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) por complicações de aborto, de mulheres em idade fértil, residentes no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Foi usada a faixa etária de 15 a 44 anos, como na recomendação da OMS ¹¹, na revisão de Sedgh et al. ², e em um estudo realizado no Piauí ⁷.

A população de mulheres em idade fértil foi baseada nas estimativas de população residente do estado de 2008 a 2017, pactuada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), e disponível de forma pública (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?pop/poprj.def>, acessado em 25/Mai/2020). A informação foi tabulada por cada faixa etária do grupo de mulheres de 15-44 anos.

Os dados de internações são provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis na página de Internet da SES-RJ (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/def-tohtm.exe?sihsus/intern.def>, acessado em 26/Mai/2020), referentes a internações por complicações

de aborto, incluindo os seguintes códigos da 10ª revisão da CID (CID-10)¹²: O00 ao O08 (gravidez ectópica, mola hidatiforme, outros produtos anormais da concepção, aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais, outros tipos de aborto, aborto não especificado, falha de tentativa de aborto e complicações consequentes a aborto). A informação só estava disponível no site utilizado a partir de 2008; por isso esse foi o ano inicial da análise. Os anos de 2018 a 2019 ainda estavam com dados considerados preliminares; portanto, o período escolhido foi de 2008 a 2017.

Para estimar o número de abortos a fórmula $NAI = (5) (1,125) (0,75) NIH$, proposta pelo Instituto Guttmacher, é a mais usada. NAI é o número de abortos inseguros e NIH é o número de internações hospitalares por abortamento. Esta fórmula considera que ocorrem 20% de hospitalizações em decorrência de complicações do aborto, ou seja, uma internação para cada cinco abortos, portanto, o primeiro multiplicador é (5); parâmetro de 12,5% como estimativa de sub-registro (internações realizadas fora do SUS, em portadoras de planos de saúde), o segundo multiplicador é (1,125); e o desconto de 25% de abortos por causas espontâneas; o último multiplicador é (0,75).

No entanto, estes parâmetros estão desatualizados e devem se ajustar a diferentes realidades locais⁵. Recomenda-se assumir o nível biológico de aborto espontâneo por idade e aplicá-lo às estimativas¹³.

Para o presente estudo, propusemos ajustes levando em conta:

- (1) Segundo a *Pesquisa Nacional de Aborto* (PNA) de 2016, 1 em cada 2 abortos necessita de internação¹⁴; ou seja, o primeiro multiplicador da fórmula seria (2).
- (2) A cobertura de planos de saúde no Brasil para mulheres é estimada em 27,7%; considerando idade, é de 26% e 31,3%, respectivamente, para as faixas etárias de 18-29 anos e de 30-39 anos, e no Estado do Rio de Janeiro é em torno de 27,7%¹⁵. Optamos por multiplicadores diferenciados de (1,27) e (1,31) para as diferentes faixas etárias.
- (3) Estimativas de taxa de aborto espontâneo apontam valores diferenciados por faixa etária^{16,17,18,19}. Optamos por multiplicadores de (0,85) para as mulheres abaixo de 35 anos e (0,75) para 35 e mais anos.

Portanto, de acordo com os ajustes propostos no presente estudo, aplicamos a fórmula $NAI = (2) (1,27) (0,85) NIH$ para a faixa etária até 29 anos; $NAI = (2) (1,31) (0,85) NIH$ para aquelas de 30-34 anos; e $NAI = (2) (1,31) (0,75) NIH$ para as mulheres de 35-44 anos.

Para esta fórmula, seguimos a proposta de Madeiro et al.⁷, de incluir apenas os códigos de O03 a O08 (aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais, outros tipos de aborto, aborto não especificado, falha de tentativa de aborto e complicações consequentes a aborto). Foram excluídos os códigos O00 a O02, por se referirem a patologias específicas de produtos anormais da concepção, pouco prováveis de serem usadas como motivo de internação por aborto provocado.

A partir da estimativa do número de abortos inseguros foram obtidos outros indicadores recomendados pela OMS¹¹, como a taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil (TAI-MIF) e a razão de abortos inseguros por nascidos vivos (RAI-NV). Em seguida, estes indicadores foram calculados para as categorias mais frequentes “Aborto espontâneo” (O03) e “Aborto não especificado” (O06). Para este cálculo, os valores absolutos das internações por aborto (sem ajustes por fórmulas) destas categorias foram divididos por (a) mil mulheres em idade fértil, resultando na TAE-MIF (taxa de aborto espontâneo por mil mulheres em idade fértil) e na TANE-MIF (taxa de aborto não especificado por mil mulheres em idade fértil); e (b) por 100 nascidos vivos, resultando na RAE-NV (razão de abortos espontâneos por 100 nascidos vivos) e na RANE-NV (razão de abortos não especificados por 100 nascidos vivos). A hipótese é que estes indicadores, inéditos na literatura, possam fornecer uma aproximação do comportamento dos diferentes tipos de aborto e fortalecer o uso da metodologia indireta baseada em internações.

A taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil foi calculada como o resultado de $NAI/MIF \times 1.000$, para cada faixa etária e ano do período. A razão de abortos inseguros por nascidos vivos foi calculada pela fórmula $NAI/NV \times 100$, das mesmas faixas etárias a cada ano¹¹.

O número de nascidos vivos foi retirado do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), também disponibilizado pela SES-RJ (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def>, acessado em 25/Mai/2020) e tabulado por faixa etária das mulheres em estudo.

A análise de tendência temporal foi feita por meio do programa *Joinpoint Regression*, que permite ajustar linhas de tendência e seus pontos de junção, em regressão linear em uma escala logarítmica. Foram estimados e testados os percentuais anuais de mudança (mudança percentual anual – MPA) e

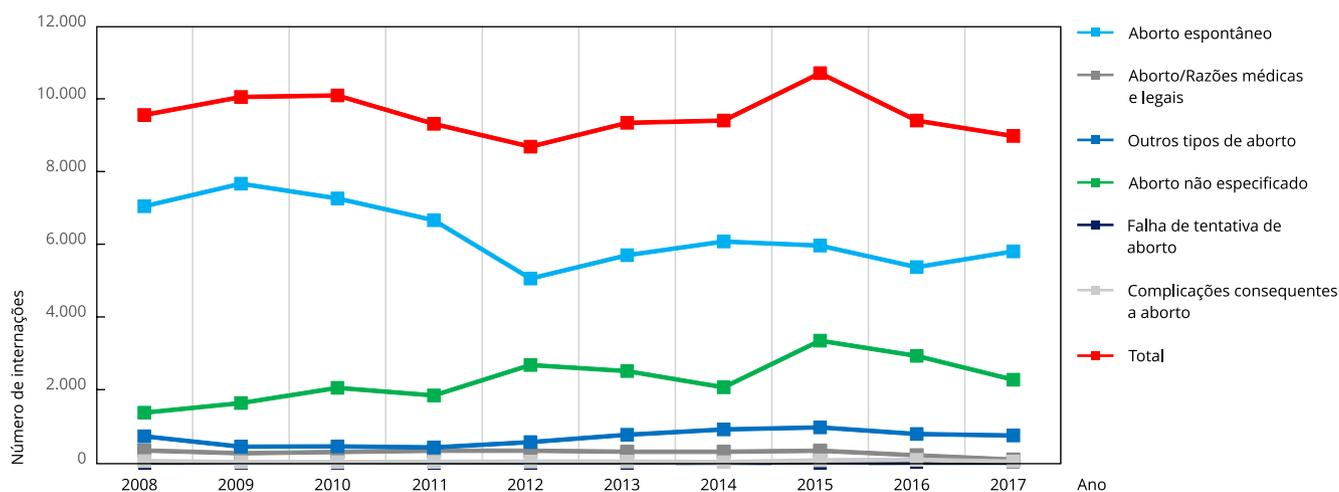
seus intervalos de 95% de confiança (IC95%). Para avaliar a significância estatística foi usado o teste *Monte Carlo Permutation Method* (que ajusta a melhor linha para cada segmento) e considerou-se o nível de 5% de significância. Quando não ocorreu mudança, analisou-se o período de forma integral (de 2008 a 2017). Quando houve significância estatística da MPA e crescimento percentual, interpretou-se como tendência de aumento; ao inverso, nas situações de decréscimo percentual, registrou-se tendência de redução. Os pontos de corte para os anos em que ocorreu a mudança dependem dos pontos de inflexão detectados pelo programa. Assim, para determinada variável, ou mesmo para determinada categoria de uma variável, os períodos de análise podem ser distintos dos demais. Para uma categoria, a mudança pode ter ocorrido apenas no início do período, enquanto para outra, o fenômeno pode ter se concentrado no final, ou mesmo nem ter ocorrido mudança. O ano que termina um período da análise é o mesmo que inicia o próximo período, segundo este programa. As mudanças não significantes foram consideradas como ausência de tendência, ou seja, estabilidade do indicador.

Resultados

De 2008 a 2017, ocorreram 95.660 internações relativas ao agrupamento O03 a O08 da CID-10, em mulheres de 15-44 anos residentes do Estado do Rio de Janeiro. Comparando os valores de 2008 e 2017, houve decréscimo de 6%, mas o comportamento foi variado entre as categorias de aborto. Em todos os anos o maior número de internações ocorreu por aborto espontâneo (O03), mas houve queda no período (de 74% do total para 65%). Na segunda posição, o aborto não especificado (O06), cujo número absoluto aumentou e consequentemente a contribuição no total das internações, de 14,5% para 25,4%. Observam-se dois picos com aumento de internações no biênio 2009-2010 e em 2015 (Figura 1).

Figura 1

Número de internações por diagnósticos aborto espontâneo (código O03) a complicações consequentes a aborto (código O08) em mulheres com idade fértil (15-44 anos). Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2017, por ano de internação.



Quanto ao número total de abortos inseguros, mantiveram-se os picos em 2009-2010 e 2015, sendo o primeiro mais intenso para as faixas etárias de 20-29 anos, enquanto as demais tiveram o maior número de abortos inseguros em 2015 (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os indicadores taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil e razão de abortos inseguros por nascidos vivos, respectivamente, de acordo com as faixas etárias no período de 2008-2017. Em todos os anos analisados, as mulheres que mais induziram aborto no período têm entre 20-24 anos, com valores por volta de 8 por mil mulheres em idade fértil, seguidas da faixa etária de 25-29 anos, em torno de 7 por mil mulheres em idade fértil, e adolescentes entre 5 e 6 por mil mulheres em idade fértil. Os menores quantitativos ficaram na faixa de 40-44 anos, menores que 2 por mil mulheres em idade fértil (Tabela 2). Considerando todas as faixas etárias, estimou-se a realização de 5 procedimentos de aborto inseguro para mil mulheres em idade fértil no Estado do Rio de Janeiro, ou seja, cerca de 20 mil abortos inseguros anuais.

Segundo o indicador razão de abortos inseguros por nascidos vivos, gestações terminaram em abortos inseguros com maior frequência entre as gestantes de 40-44 anos, com razão de abortos inseguros entre 16 e 20 para cada 100 nascidos vivos, do que nas demais faixas etárias. Em segundo lugar, vieram as adolescentes, entre 9 e 10 abortos inseguros por 100 nascidos vivos. As demais faixas oscilaram entre 8 e 9 abortos inseguros por 100 nascidos vivos, e a menos comprometida foi a das mulheres de 30-34 anos, que em 2017, realizaram 7,4 abortos inseguros por 100 nascidos vivos (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a série temporal dos indicadores taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil e razão de abortos inseguros por nascidos vivos segundo faixa etária. Observa-se predomínio de um padrão de estabilidade tanto para taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil (MPA = -0,8; IC95%: -2,4; 0,8), quanto para razão de abortos inseguros por nascidos vivos (MPA = -1,0; IC95%: -2,4; 0,4) em todo o estado.

Na análise por faixa etária, com relação à taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil, destaca-se que as adolescentes tiveram um curto período de redução estatisticamente significante entre 2015 e 2017 (MPA = -10; IC95%: -8,2; -1,1) e as mais velhas diferenciaram-se das demais, com crescimento do procedimento ao longo de todo período (MPA = 2,2; IC95%: 0,5; 4,0). Apenas as adolescentes apresentaram ponto de inflexão (2015) e a análise foi feita em dois períodos. No que concerne à razão de abortos inseguros por nascidos vivos, foi marcante a estabilidade para todas as faixas etárias (Tabela 3), embora tenha se observado um ponto de inflexão em 2012 para as de 30-34 anos, porém, sem significância estatística.

Por último, analisamos as distribuições temporais relativas aos indicadores propostos de aborto espontâneo e aborto não especificado, de forma global (sem estratificar por faixas de idade). Na Tabela 4 é possível observar que a taxa por mulheres em idade fértil e a razão por nascidos vivos para abortos espontâneos são maiores do que em relação aos abortos não especificados, mas as tendências tiveram direções divergentes. Para aborto espontâneo, houve declínio percentual no período tanto para a taxa

Tabela 1

Número de abortos induzidos, segundo faixa etária de 15-44 anos, em residentes no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2017.

Faixa etária (anos)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
15-19	3.744	3.830	3.856	3.798	3.577	3.668	3.668	3.947	3.403	3.036
20-24	5.430	5.946	5.963	5.296	4.979	5.430	5.184	5.702	5.361	4.823
25-29	4.955	5.121	5.035	4.514	3.944	4.320	4.508	5.037	4.357	4.286
30-34	3.534	3.681	3.637	3.505	3.214	3.528	3.494	4.216	3.621	3.347
35-39	1.943	1.963	2.146	1.939	1.945	2.071	2.266	2.769	2.327	2.448
40-44	878	1.006	992	906	937	981	998	1.210	1.038	1.208
Total	20.484	21.547	21.629	19.958	18.596	19.998	20.118	22.881	20.107	19.148

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?sihsus/intern.def>, acessado em 26/Mai/2020).

Tabela 2

Taxa de abortos induzidos por mil mulheres em idade fértil e razão de aborto inseguro por 100 nascidos vivos por faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2017.

Faixa etária (anos)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TAI-MIF										
15-19	6,05	6,11	6,08	5,93	5,54	5,64	5,63	6,07	5,20	4,62
20-24	8,53	9,52	9,64	8,59	8,03	8,66	8,17	8,88	8,31	7,44
25-29	7,43	7,58	7,50	6,80	6,05	6,78	7,20	8,13	7,00	6,85
30-34	5,51	5,66	5,53	5,29	4,81	5,25	5,20	6,30	5,39	4,95
35-39	3,25	3,25	3,51	3,13	3,10	3,25	3,51	4,24	3,55	3,71
40-44	1,50	1,73	1,71	1,55	1,60	1,66	1,67	2,00	1,71	1,98
Total	5,46	5,73	5,73	5,27	4,89	5,24	5,25	5,96	5,21	4,94
RAI-NV										
15-19	9,77	10,19	10,54	10,01	9,16	9,31	9,21	10,16	9,77	8,99
20-24	9,51	10,46	10,76	9,55	8,91	9,83	9,08	9,81	9,71	8,62
25-29	8,94	9,20	9,22	8,35	7,46	8,31	8,26	9,09	8,65	8,28
30-34	9,23	9,27	8,85	7,94	7,17	7,63	7,24	8,67	8,15	7,44
35-39	9,93	9,88	10,49	8,98	8,68	8,90	8,88	10,13	8,89	8,75
40-44	17,89	20,50	19,46	16,97	16,53	17,22	16,56	18,97	16,69	17,65
Total	9,59	10,04	10,14	9,13	8,43	9,02	8,70	9,75	9,26	8,65

RAI-NV: razão de abortos inseguros por nascidos vivos; TAI-MIF: taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?sihsus/intern.def>, acessado em 26/Mai/2020).

Tabela 3

Série temporal das taxas de abortos induzidos por mil mulheres em idade fértil e da razão de abortos induzidos por 100 nascidos vivos, de acordo com faixa etária, residentes no Estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017.

Faixa etária (anos)	2008 (N = 20.484)	2017 (N = 19.148)	Mudança percentual anual (IC95%)	Tendência
TAI-MIF				
15-19	6,5	4,62	2008-2015: -0,7 (-2; 0,6) 2015-2017: -10,0 (-18,2; -1,1)	Estabilidade Redução *
20-24	8,53	7,44	2008-2017: -1,6 (-3,2; 0,0)	Estabilidade
25-29	7,34	6,85	2008-2017: -0,3 (-2,4; 1,8)	Estabilidade
30-34	5,51	4,95	2008-2017: -0,3 (-2,3; 1,7)	Estabilidade
35-39	3,25	3,71	2008-2017: 1,8 (-0,2; 3,9)	Estabilidade
40-44	1,50	1,98	2008-2017: 2,2 (0,5; 4,0)	Aumento *
Total	5,46	4,94	2008-2017: -0,8 (-2,4; 0,8)	Estabilidade
RAI-NV				
15-19	9,77	8,99	2008-2017: -0,9 (-2,1; 0,4)	Estabilidade
20-24	9,51	8,62	2008-2017: -1,2 (-2,7; 0,4)	Estabilidade
25-29	8,94	8,28	2008-2017: -0,6 (-2,2; 1,0)	Estabilidade
30-34	9,23	7,44	2008-2012: -6,3 (-13,3; 1,2) 2012-2017: -1,5 (1,5; -3,7)	Estabilidade
35-39	9,93	8,75	2008-2017: -1,3 (-2,7; 0,2)	Estabilidade
40-44	17,89	17,65	2008-2017: -1,2 (-2,7; 0,4)	Estabilidade
Total	9,59	8,65	2008-2017: -1,0 (-2,4; 0,4)	Estabilidade

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RAI-NV: razão de abortos inseguros por nascidos vivos; TAI-MIF: taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?sihsus/intern.def>, acessado em 26/Mai/2020).

* p < 0,05.

Tabela 4

Série temporal dos indicadores de abortos espontâneos e abortos não especificados. Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2017.

Indicador	2008 (N = 8.443)	2017 (N = 8.104)	Mudança percentual anual (IC95%)	Tendência
TAE/1.000 MIF	1,88	1,50	2008-2017: -3,5 (-5,9; -1,0)	Redução *
RAE/100 NV	3,3	2,6	2008-2017: -3,8 (-6,3; -1,2)	Redução *
TANE/1.000 MIF	0,37	0,59	2008-2017: 6,6 (1,7; 11,8)	Aumento *
RANE/100 NV	0,65	1,03	2008-2017: 6,4 (1,6; 11,3)	Aumento *

IC95%: intervalo de 95% de confiança; MIF: mulheres em idade fértil; NV: nascidos vivos; RAE: razão de abortos espontâneos; TAE: taxa de abortos espontâneos; TANE: taxa de abortos não especificado.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (<http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?sihsus/intern.def>, acessado em 26/Mai/2020).

* $p < 0,05$.

de aborto espontâneo (MPA = -3,5; IC95%: -5,9; -1,0), quanto para a razão de abortos espontâneos (MPA = -3,8; IC95%: -6,3; -1,2). Já para o aborto não especificado a taxa de aborto não especificado teve aumento (MPA = 6,6; IC95%: 1,7; 11,8), bem como a razão de abortos não especificados (MPA = 6,4; IC95%: 1,6; 11,3) durante o período avaliado.

Discussão

É desconhecido o número exato de mulheres que realizam aborto induzido no território brasileiro, seja durante um período determinado ou no decorrer da vida, visto a existência de subnotificações e sub-registros dos procedimentos, na maioria das vezes efetuados em estabelecimentos não legalizados, de maneira insegura ou sob a automedicação de misoprostol³. Adicionalmente, a informação obtida de entrevistas diretas com as mulheres está sujeita a subdimensionamento, em virtude da dificuldade das mulheres em revelar a realização de um aborto provocado, no contexto de condenação social e ilegalidade⁵.

O presente estudo, por meio de estimativas indiretas, identificou magnitudes diferenciadas de realização de aborto inseguro entre as faixas etárias nas mulheres de 15-44 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro. Adicionalmente, observou-se padrão de estabilidade na série temporal, exceto para as faixas extremas de idade.

Os valores estimados para a taxa de abortos por mil mulheres em idade fértil no Estado do Rio de Janeiro se aproximaram da estimativa de um estudo na cidade do Rio de Janeiro²⁰, usando outra metodologia indireta, por redes de contatos. Em 2011, foi estimada a ocorrência de sete abortos inseguros por mil mulheres em idade fértil, ou seja, 13 mil mulheres realizaram aborto inseguro na cidade²⁰. Este valor provavelmente foi mais elevado do que o encontrado no estado, por características próprias da capital, que justificariam a maior realização do procedimento, como maior acesso ao misoprostol²⁰. Em outras capitais brasileiras, esta taxa variou de 3,04 a 9,26 por mil mulheres em idade fértil²¹, com a mesma metodologia de rede de contatos, valores semelhantes aos encontrados no atual estudo.

Por outro lado, considerando a PNA, de 2016¹⁴, que inferiu o percentual de 1,4% de abortos realizados na faixa de 18-39 anos em 2015 no país, os resultados do presente estudo estariam subestimados: seriam esperados em 2015 no Estado do Rio de Janeiro quase 40 mil abortos, para esta faixa. No entanto, é preciso cautela na comparabilidade dos dados, visto que a estimativa indireta pode apresentar níveis de incerteza consideráveis. Ressalta-se que usamos fatores de correção atualizados por estimativas recentes de uso de plano de saúde, ocorrência de aborto espontâneo e necessidade de internação (da própria PNA), mas esta proposta carece de validação.

O estudo de Martins-Melo et al.⁸ estimou para o Estado do Rio de Janeiro, de 1996 a 2012, taxa média de aborto inseguro por mulheres em idade fértil de 17,6 e razão de abortos inseguros por nascidos vivos de 37,3, valores muito superiores aos encontrados no atual estudo. Estes autores, além de englobar todos os códigos de O00 a O08, e mulheres na faixa de 10-49 anos, usaram a fórmula clássica do Instituto Guttmacher, que tende a superestimar o número de abortos que resultam em internação. No entanto, destacam que houve decréscimo no período para a taxa de aborto inseguros por mulheres em idade fértil, ou seja, no ano de 2012, os valores devem ser menores do que a média relatada.

Monteiro et al.¹⁰ usaram fator de correção 4 e estimaram para a Região Sudeste, em 2013, taxa de aborto inseguro de 11 por mil mulheres em idade fértil e razão de abortos inseguros de 22 por 100 nascidos vivos. Estes autores avaliaram diferentes faixas etárias e, embora com valores superiores, as diferenças de magnitude foram coincidentes com a presente análise. Para o indicador por mulheres em idade fértil, as mulheres de 20-29 anos detêm as maiores taxas, e aquelas com 40 anos ou mais, as menores. Podemos interpretar que no auge da idade fértil, mais mulheres engravidam, e se esta for uma gestação indesejada, a indução do aborto é realizada, o que infla o numerador. Para o indicador por nascidos vivos, mulheres mais velhas têm gestação terminada em aborto inseguro, comparada com nascimento vivo, em muito maior frequência do que as mais jovens. Provavelmente porque já têm o número de filhos desejado, estas mulheres recorrem com mais frequência ao aborto.

Quanto à tendência temporal, três estudos mostraram decréscimo das internações por aborto no país^{8,10,22}. Os dois primeiros revelaram queda do número absoluto de internações e dos indicadores de aborto inseguro – taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil e razão de aborto inseguro por nascidos vivos, porém, sempre em menor intensidade para o segundo indicador, em virtude da queda de fecundidade no país. No atual estudo, predominou a estabilidade, com declínio apenas para adolescentes no indicador taxa de abortos inseguros por mulheres em idade fértil e discreto aumento nas mais velhas. O indicador razão de aborto inseguro por nascidos vivos se manteve estável em todas as faixas.

No terceiro estudo nacional, foi observada uma queda de cerca de 10% nas internações por complicações do aborto, sendo que o grupo etário que mais necessitou de hospitalização foi o das mulheres de 20-29 anos, coincidente com o observado para o Estado do Rio de Janeiro²².

No presente estudo, o diagnóstico mais frequente foi o de aborto espontâneo, cujo número caiu ao longo do período, seguido de “abortos não especificados”, que aumentou de 2008 a 2017, de 1.383 para 3.363 em 2015, e fechou o período com 2.286 casos. Essas variações de fenômenos biológicos, em uma série temporal de 10 anos, têm difícil explicação, sugerindo problemas na qualidade dos registros e o uso de alguns destes códigos para o aborto induzido, por sua ilegalidade.

De forma inédita, fizemos a estimativa dos indicadores para aborto espontâneo e aborto não especificado. Destacamos aqui os resultados de aborto não especificado, que teve aumento constante no período para ambos os indicadores: taxa por mil mulheres em idade fértil e razão por 100 nascidos vivos. No Brasil, este código foi registrado como a causa básica mais frequente entre os óbitos por aborto, de 2006 a 2015²², o que confirma a possibilidade de se referir a abortos inseguros.

Embora a faixa etária de 15-19 anos tenha sido a única com alguma redução do procedimento, os indicadores estimados mostraram valores elevados. Estudos sobre métodos contraceptivos em adolescentes têm mostrado heterogeneidade e vulnerabilidades^{23,24}. A baixa escolaridade, estudar em escola pública e a região de moradia estão associadas a menor uso e, portanto, maior risco de gravidez indesejada^{23,24}. Um estudo qualitativo em uma favela da cidade do Rio de Janeiro constatou as dificuldades enfrentadas por jovens em seus itinerários de aborto clandestino²⁵. Ao interpretar o decréscimo, podemos pensar em melhora dos métodos contraceptivos e consequente queda de gestações não planejadas, como relatado em adolescentes nos Estados Unidos, em período semelhante²⁶. No Município de São Paulo, foi identificada alta prevalência de uso de contracepção em mulheres jovens em 2015, mas não há dados sobre o impacto na ocorrência de gravidez ou abortos²³. Como o fenômeno da queda foi observado em um período muito curto, de 2015 a 2017, cabe aguardar os próximos anos para avaliar se a tendência será mantida.

O aumento detectado entre mulheres de 40-44 anos preocupa, pois é sabidamente uma das faixas etárias de maior risco para morbimortalidade materna²². Embora tenham ocorrido apenas 8% dos óbitos maternos nesta faixa, em 2018, no Brasil, a razão de mortalidade materna (RMM) atingiu 153,5 por 100 mil nascidos vivos, 1,7 vezes maior do que a de mulheres entre 35 e 39 anos e quase 3

vezes a RMM do país no mesmo ano – 59,1 por 100 mil nascidos vivos²⁷. Nos Estados Unidos, essa faixa etária não apresentou crescimento na taxa de aborto, mas, no período de 2014 a 2018, foi uma das poucas a não apresentar decréscimo (além da faixa de 30-34 anos)²⁶. As diferenças nas taxas e nas tendências do aborto em diferentes idades e países parecem depender de muitos fatores, como grau de restrição legal, fatores culturais, acesso a contraceptivos, percentual de gravidez indesejada e frequência de realização prévia de aborto²⁸.

Como limitações do estudo pode-se listar a qualidade irregular dos dados sobre aborto no SIH/SUS e a fragilidade dos parâmetros escolhidos para a estimativa neste trabalho. Ao definir o sub-registro usando dados de acesso a planos de saúde com base local, restringiu-se o uso da fórmula para outros estados do país. A escolha do multiplicador (2) na fórmula adaptada, substituindo os valores de (5) e (4) usados em outros estudos, teve base nos resultados da PNA¹⁴, pesquisa robusta e atualizada, mas restrita a mulheres de 18-39 anos, alfabetizadas e de áreas urbanas. E, por último, a definição de percentuais de aborto espontâneo se mantém como um desafio, com poucos dados nacionais ou locais. Contudo, a proposição de novos parâmetros pode ser vista também como ponto forte, ao tentar tornar mais adequada uma estimativa indireta já consagrada na pesquisa sobre aborto e que talvez precise ser ajustada periodicamente e em nível local, sendo modificada à medida que o conhecimento sobre o aborto é ampliado.

A estabilidade na taxa de abortos inseguros, contrária ao declínio mostrado em estudos anteriores, pode ser interpretada no Estado do Rio de Janeiro como uma reversão da tendência. O aborto induzido ainda é usado como último recurso para interromper uma gravidez não desejada em todo o Brasil. Embora o uso de contraceptivos tenha aumentado no país²⁹, identificam-se desigualdades no acesso³⁰. Adicionalmente, o Estado do Rio de Janeiro tem mostrado outros indicadores desfavoráveis no campo da saúde da mulher. Em uma avaliação de todas as metas dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), usando um escore baseado em carga de doença, o Estado do Rio de Janeiro teve o pior desempenho no país em relação à redução da mortalidade materna³¹. Em relação ao pré-natal, o indicador de adequação de acesso, proposto pelo Ministério da Saúde, alcançou 76% na Região Sudeste em 2015, porém, o Rio de Janeiro apresentou o menor valor, comparado aos outros estados da região³².

O uso do misoprostol foi relatado com frequência pelas participantes da PNA de 2016, mas o acesso a esse medicamento tem sido cada vez mais difícil. Apesar de existirem redes de apoio e orientação via Internet, o acesso ficou restrito apenas a ambientes hospitalares ou ao mercado clandestino de drogas ilícitas, a preços elevados e sob risco de adulteração^{33,34}. Certamente o acesso, quando dificultado, é acentuado por desigualdades sociais, que reproduzem o que ocorre em relação aos métodos contraceptivos³⁰.

Recomenda-se o monitoramento do aborto não especificado como indicativo de aborto inseguro, assim como a análise do evento por faixa etária. As diferenças na magnitude e na evolução de acordo com a idade, como mostrado para adolescentes e mulheres mais velhas, podem orientar políticas de planejamento familiar e acolhimento de mulheres. Adicionalmente, novas análises, com outras variáveis disponíveis no SIH/SUS, como cor da pele, localização geográfica, poderiam ampliar o estudo de desigualdades sociais frente ao aborto.

A prevenção do aborto inseguro depende de esforços científicos, sociais e políticos³⁵. Urge resgatar a discussão sobre o tema em espaços mais amplos no país.

Colaboradores

S. C. Paes e S. C. Fonseca contribuíram na concepção do trabalho, coleta e análise dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final. N. S. Paiva e H. Kawa contribuíram na análise dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final.

Informações adicionais

ORCID: Stéphanie Chaves Paes (0000-0001-8270-069X); Natália Santana Paiva (0000-0003-0541-4686); Hélia Kawa (0000-0003-0864-804X); Sandra Costa Fonseca (0000-0001-5493-494X).

Referências

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp O, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health* 2020; 8:e1152-61.
2. Sedgh G, Filippi V, Owolabi OO, Singh SD, Askew I, Bankole A, et al. Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 134:104-6.
3. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MDC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00190418.
4. Singh B, Wulf D. Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. *Int Fam Plan Perspect* 1991; 17:8-24.
5. Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00197918.
6. Singh S, Monteiro MF, Levin J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: why the decline in numbers and severity? *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118 Suppl 2:S99-106.
7. Madeiro A, Rufino AC, Santos IS, Carvalho MS. Estimativas e tendências de aborto provocado no Piauí: um estudo ecológico no período de 2000-2010. *Rev Bras Promoç Saúde* 2015; 28:168-75.
8. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Ramos Jr. AN, Carvalho FHC, Machado MMT, et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:508-20.
9. Mello FMB, Sousa JL, Figueroa JN. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 87-93.
10. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod Clim* 2015; 30:11-8.
11. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html (acesado em Jan/2020).
12. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português/ EdUSP; 2010.

13. Rossier C. Estimating induced abortion rates: a review. *Stud Fam Plann* 2003; 34:87-102.
14. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-660.
15. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:179-90.
16. Herbert D, Lucke J, Dobson A. Pregnancy losses in young Australian women: findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Womens Health Issues* 2009; 19:21-9.
17. Hu CY, Yang XJ, Hua XG, Jiang W, Huang K, Chen H-B, et al. Risk factors for spontaneous abortion from a prevention perspective in rural China: a population-based follow-up study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34:2583-91.
18. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Haberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register-based study. *BMJ* 2019; 364:l869.
19. Lidegaard Ø, Mikkelsen AP, Egerup P, Kolte AM, Rasmussen SC, Nielsen HS. Pregnancy loss: a 40-year nationwide assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; 99:1492-6.
20. Paiva NS, Villela DAM, Bastos LS, Bastos FI. Mulheres que fizeram aborto no Município do Rio de Janeiro, Brasil: aplicação de um modelo hierárquico bayesiano. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00190718.
21. Paiva NS. Quantas mulheres fizeram aborto provocado nas capitais brasileiras? Resultados de um inquérito nacional com a aplicação de modelos hierárquicos utilizando informações indiretas baseadas na rede de contatos [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
22. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00188718.
23. Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00019617.
24. Borges AL, Fujimori E, Kuschnir MC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, et al. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública* 2016; 50 Suppl 1:15s.
25. Ferrari W, Peres S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00198318.
26. Kortsmit K, Jatlaoui TC, Mandel MG, Reeves JA, Oduyebo T, Petersen E, et al. Abortion surveillance – United States, 2018. *MMWR Surveill Summ* 2020; 69:1-29.
27. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Mortalidade materna no Brasil. *Boletim Epidemiológico* 2020; 51(20). <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>.
28. Sánchez-Páez DA, Ortega JA. Reported patterns of pregnancy termination from Demographic and Health Surveys. *PLoS One* 2019; 14:e0221178.
29. Farias MR, Leite SN, Tavares NU, Oliveira MA, Arrais PSD, Bertoldi AD, et al. Use of and access to oral and injectable contraceptives in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50 Suppl 2:14s.
30. Gonçalves TR, Leite HM, Bairros FS, Olinto MTA, Barcellos NT, Costa JSDD. Social inequalities in the use of contraceptives in adult women from Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2019; 53:28.
31. Machado DB, Pescarini JM, Ramos D, Teixeira R, Lozano R, Pereira VOM, et al. Monitoring the progress of health-related sustainable development goals (SDGs) in Brazilian states using the Global Burden of Disease indicators. *Popul Health Metr* 2020; 18 Suppl 1:7.
32. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Como nascem os brasileiros: uma análise da adequação da assistência pré-natal e das indicações de cesárea por critérios de risco epidemiológico a partir do Sinasc. In: Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. p. 21-38.
33. Drovetta RI. Safe abortion information hotlines: an effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reprod Health Matters* 2015; 23:47-57.
34. Löwy I, Dias Villela Corrêa MC. The "Abortion pill" misoprostol in Brazil: women's empowerment in a conservative and repressive political environment. *Am J Public Health* 2020; 110:677-84.
35. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B, et al. Preventing unsafe abortion: achievements and challenges of a global FIGO initiative. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; 62:101-12.

Abstract

Data on unsafe abortions are scarce, and estimates based on hospitalizations have pointed to a decline in recent years. The study aimed to analyze the time trend in unsafe abortions in the State of Rio de Janeiro, Brazil, from 2008 to 2017. We used secondary data on hospitalizations in the Brazilian Unified National Health System (SUS) due to complications of abortion in childbearing-age women (CAW) 15 to 44 years of age. We applied indirect estimation with a correction factor based on national and state data. We calculated the unsafe abortion rate per CAW (UAR-CAW), ratio of unsafe abortions per live births (RUA-LB), according to age bracket. We also calculated new indicators: spontaneous abortion rate (SAR) and unspecified abortion rate (USAR) per CAW; ratio of spontaneous abortions (RSA) and ratio of unspecified abortions (RUSA) per live births, independently of age. Time trend was calculated by Joinpoint regression, calculating the annual percent change (APC) and 95% confidence intervals (95%CI). The women that most induced abortions were 20 to 24 years of age, with UAR of 8 per 1,000. Pregnancies that ended in unsafe abortion were most frequent in the 40-44-year bracket: UAR of 16 to 20 per 100 live births. Adolescents showed a reduction in UAR from 2015 to 2017 (APC = -10; 95%CI: -18.2; -1.1), while there was an increase in women 40-44 years of age from 2008 to 2017 (APC = 2.2; 95%CI 0.5 to 4.0). The other age brackets and the indicator UAR-LB showed stability. SAR (APC = -3.5; 95%CI: -5.9; -1.0), and RSA (APC = -3.8; 95%CI: -6.3; -1.2) decreased, while USAR (APC = 6.6; 95%CI: 1.7; 11.8) and RUSA (APC = 6.4; 95%CI: 1.6; 11.3) increased during the period. The magnitude and time trend of unsafe abortions in the State of Rio de Janeiro differed according to age bracket and ICD-10 code.

Induced Abortion; Time Series Studies; Health Information Systems; Hospitalizations

Resumen

Los datos sobre aborto inseguro son escasos y las estimativas basadas en internamientos aportaron un descenso durante los últimos años. El objetivo fue analizar la evolución temporal de aborto inseguro en el Estado de Rio de Janeiro, Brasil, de 2008 a 2017. Utilizamos datos secundarios de internamientos hospitalarios en el Sistema Único de Salud (SUS) por complicaciones de aborto, en mujeres en edad fértil de 15 a 44 años. Aplicamos una estimativa indirecta con factor de corrección, basado en datos nacionales y del estado. Calculamos: tasa de abortos inseguros por mujeres en edad fértil (TAI-MIF), razón de abortos inseguros por nacidos vivos (RAI-NV), según franja de edad. Asimismo, calculamos nuevos indicadores: tasa de aborto espontáneo (TAE) y no especificado (TANE) por mujeres en edad fértil; razón de aborto espontáneo (RAE) y no especificado (RANE) por nacidos vivos, independientemente de la edad. La tendencia temporal fue por regresión Joinpoint, calculando el cambio de porcentaje anual (MPA) e intervalo de 95% de confianza (IC95%). Las mujeres que más indujeron el aborto tienen de 20 a 24 años: TAI de 8 por mil. Las gestaciones terminaron en aborto inseguro más frecuentemente en la franja de 40-44 años: RAI entre 16 y 20 por 100 nacidos vivos. Las adolescentes tuvieron una reducción de la TAI entre 2015 y 2017 (MPA = -10; IC95%: -18,2; -1,1), y hubo aumento para aquellas de 40-44 años, entre 2008 y 2017 (MPA = 2,2; IC95%: 0,5; 4,0). Para otras franjas y para el indicador RAI-NV hubo estabilidad. La TAE (MPA = -3,5; IC95%: -5,9; -1,0), y la RAE (MPA = -3,8; IC95%: -6,3; -1,2) se redujeron mientras la TANE (MPA = 6,6; IC95%: 1,7; 11,8) y la RANE (MPA = 6,4; IC95%: 1,6; 11,3) aumentaron durante el período. El aborto inseguro en el Estado de Rio de Janeiro mostró magnitud y evolución temporal diferenciadas, según franjas etarias y código de la CIE-10.

Aborto Inducido; Estudios de Séries Temporales; Sistemas de Información en Salud; Hospitalización

Recebido em 16/Out/2020
Versão final rerepresentada em 25/Mar/2021
Aprovado em 01/Abr/2021