

Carmen Linda Brasiliense Fusco

**ABORTO INSEGURO: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável
Favela Inajar de Souza, São Paulo**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo programa de pós-graduação em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Rebeca de Souza e Silva

Co-orientadora: Prof^a Dra. Solange Andreoni

SÃO PAULO

2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - EPIDEMIOLOGIA**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. Luiz Roberto Ramos

Coordenadora do Curso de Pós-graduação: Prof^a Dra. Rebeca de Souza e Silva

Carmen Linda Brasiliense Fusco

**ABORTO INSEGURO: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável
Favela Inajar de Souza, São Paulo**

Presidente da banca: Prof^a. Dr^a. Rebeca de Souza e Silva

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia de M. S. Soboll

Prof^a. Dr^a Paulete Goldenberg

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

Prof^a. Dr^a. Cássia M. Buchalla (suplente)

Aprovada em: 30/10/2006

Sumário

Resumo.....	vi
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Abortamento e Aborto – Definição e Classificação	1
1.2 Introdução – Contexto.....	3
1.3 Saúde Reprodutiva, Direitos Reprodutivos e Planejamento Familiar.....	7
1.4 Histórico do Aborto Inseguro.....	10
1.4.1 Situação do Aborto no Mundo	12
1.4.2 Situação na América Latina e Caribe	14
1.5 Justificativa	16
1.6 Hipóteses	17
1.7 Objetivos	17
2 MÉTODOS	18
2.1 Tipo de Estudo: Transversal	18
2.2 População estudada	18
2.3 Instrumento e Forma de Coleta	18
2.4 Variável Dependente.....	19
2.5 Variáveis independentes.....	19
2.6 Análise dos Dados	20
3 RESULTADOS	22
4 DISCUSSÃO	59
5 CONCLUSÕES	92
6 ANEXOS	94
7 REFERÊNCIAS.....	95
Abstract.....	103
Bibliografia Consultada	104

Resumo

O Aborto Inseguro é, ainda, um grave problema de Saúde Pública. É o aborto a principal causa de Mortalidade Materna na América Latina e Caribe (OPS). No Brasil, 21% das mortes maternas devem-se às complicações do Aborto Clandestino Inseguro (OMS). A quase totalidade desses óbitos poderia ser evitada não fosse a clandestinidade dos abortos e as condições inseguras como são praticados. Faltam estudos epidemiológicos sobre Aborto Inseguro, em populações em situação de pobreza, de forma que se possa estimar seu real impacto em Saúde Reprodutiva. **Objetivo:** As ponderações acima justificam este Projeto: um estudo transversal que tem por Objetivo estimar o total de abortos ocorridos, a frequência de mulheres com Aborto Inseguro, bem como determinar os fatores sócio-demográficos associados a ele, em uma população em situação de pobreza. **Métodos:** Esta pesquisa foi sediada em uma comunidade da Z. Norte da cidade de São Paulo, Favela Inajar de Souza. Foram entrevistadas todas as mulheres de 15 a 54 anos nela residentes (Censo), no 2º semestre de 2005. O levantamento de dados foi efetuado por meio de entrevista estruturada, de forma direta, face a face, por entrevistadoras treinadas, no domicílio da entrevistada. Na análise dos dados buscou-se detectar associações, pelos testes de qui-quadrado e Fisher, entre a variável resposta – aborto inseguro - e cada uma das variáveis independentes. A análise dos Resultados aponta um alto número de abortos inseguros, 144 para 375 mulheres, sendo de 82 a parcela relativa apenas aos abortos provocados, maior que a de outras pesquisas domiciliares realizadas na Cidade de São Paulo. **Resultados e Conclusões:** 1. Encontrou-se, na população estudada, um alto número de abortos inseguros. Em relação ao aborto inseguro provocado (AP), a despeito de o maior número de abortos ter ocorrido entre mulheres de 13 a 24 anos, e a frequência de mulheres com AP também ter sido maior nesse estrato, as mulheres com mais de 25 anos tiveram proporcionalmente mais abortos provocados (AP) que nascidos vivos (NV), demonstrando a utilização do aborto como controle da fecundidade. Ainda, em relação ao AP, a maioria das mulheres que o induziu, de maneira insegura e clandestina, estava solteira, ou sem companheiro fixo, e declarou maior aceitação à recorrência ao aborto no caso de gestação indesejada (56%) e não desejar engravidar novamente (76,5%). 2. As mulheres em situação de pobreza, recorrem, comprovadamente, ao abortamento inseguro como forma de regulação da fecundidade, como denotam as taxas de Gestação, sendo que, somente neste grupo populacional, nota-se tão elevada porcentagem de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares (82,79%). 3. Foram encontradas, para o Total de Mulheres, associações estatisticamente significativas entre Aborto Inseguro e Renda/Escolaridade, Aborto Inseguro e Cor/Etnia, Aborto Inseguro e Migração Interna, e Aborto Inseguro e Não Apoio do parceiro – o que torna esta população especialmente vulnerável ao aborto inseguro frente às violências estruturais (desigualdade social, desigualdade de gênero, racismo e migração). 4. A vulnerabilidade, individual, social e programática, ao aborto inseguro e, por extensão, aos agravos à saúde da mulher, nesta população, mostrou-se elevada (alta).

1 INTRODUÇÃO

1.1 Abortamento e Aborto – Definição e Classificação

Define-se abortamento como a interrupção, voluntária ou não, da gestação até a vigésima semana ou com um conceito pesando menos de 500 gramas, segundo critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Denomina-se abortamento o processo que ameaça a gravidez e aborto o produto da concepção eliminado; no entanto é usual a referência aos dois, processo e produto, como aborto.

Classifica-se o abortamento:

- Quanto à idade gestacional: precoce ou tardio.

Considera-se o aborto precoce até a décima segunda semana de gestação e tardio da décima terceira até a vigésima semana.

- Quanto ao tipo: espontâneo ou natural e provocado ou induzido.

O aborto espontâneo ocorre em cerca de 10% a 15% de todas as gestações. O aborto espontâneo nas primeiras semanas de gestação denomina-se aborto sub-clínico e corresponde a de 16% a 20% dos casos de abortamentos espontâneos. (Salomão, 1994)

O aborto provocado pode ser denominado auto-aborto ou hetero-aborto, conforme seja provocado pela própria gestante ou por outra pessoa. No auto-aborto geralmente são utilizados medicamentos abortifacientes, como o misoprostol, bastante usado no Brasil apesar de sua venda ser proibida, ou utiliza-se a introdução na vagina de substâncias ou objetos com a mesma finalidade. O hetero-aborto é provocado por outra pessoa que manipula o colo uterino visando a provocar dilatação, sangramento e eliminação fetal.

- Habitual ou de repetição: quando a paciente tem dois ou mais abortamentos seqüenciais cujas causas acabam ou não sendo definidas.

- Quanto ao grau de eliminação: completo e incompleto.

Refere-se especificamente ao grau de eliminação dos anexos da gravidez e pode ser completo ou incompleto.

- Completo: todo o produto é eliminado da cavidade uterina, ficando esta completamente vazia.

- Incompleto: a placenta permanece retida na cavidade uterina, parcial ou totalmente, provocando hemorragia persistente, podendo ocorrer também a infecção do útero e dos restos ovulares. Nesses casos é necessária a curetagem uterina ou, preferentemente, a aspiração do conteúdo uterino restante.

- Quanto à situação clínica: evitável ou inevitável.

- Evitável: quando não há perda gestacional. Nessas condições, a paciente apresenta cólicas e sangramento discreto e o colo uterino permanece fechado.

- Inevitável: a paciente apresenta cólicas e sangramento moderado ou intenso e o colo uterino dilatado, permitindo a eliminação parcial ou total do produto da concepção. (Andalaft Neto, 2003)

Complicações: quanto à presença de complicações o aborto pode ser “não infectado” ou “infectado ou séptico”. Na vigência de complicações, podem aparecer desde cólicas e contrações até sangramento importante, febre e mesmo septicemia; a internação pode-se fazer necessária. No caso de aborto séptico um dos procedimentos adotados é a histerectomia (retirada do útero) antes que o quadro se agrave e possa vir a ser fatal. As complicações dizem respeito a aborto provocado ou espontâneo.

Também podem ocorrer outras complicações pós-aborto, como lesões e perfurações no útero, sinéquias (que podem causar amenorréia) e dificuldade para engravidar novamente.

Principais métodos para o procedimento adequado de abortamento seguro:

Primeiro trimestre:

D&C – Dilatação e Curetagem: é um abortamento cirúrgico e requer sedação ou anestesia geral. Utilizado se não houver outro método melhor disponível.

Vácuo Aspiração – método preferível para o primeiro trimestre; existem dois tipos desta: elétrica (EVA) e manual (MVA) – ambos extremamente seguros e eficazes.

Após o primeiro trimestre:

Os dois métodos mais utilizados são a D&E – Dilatação e Esvaziamento - e o Abortamento por Indução Medicamentosa (misoprostol, mifepristone, etc.).

O aborto é a segunda experiência obstétrica mais comum no mundo, logo após o parto. Quando o aborto é realizado por pessoa qualificada, geralmente um médico, em local adequado, como um centro obstétrico ou cirúrgico, torna-se um dos procedimentos médicos mais seguros. Caso contrário, é denominado inseguro.

Aborto inseguro pode ser definido, então, como o processo de interrupção de uma gravidez não desejada realizado por pessoas que não tenham o conhecimento profissional necessário ou o processo de interrupção de uma gestação em um ambiente que não obedeça aos padrões médicos estabelecidos, ou ambos. (World Health Organization, 1998)

1.2 Introdução – Contexto

O Código Penal brasileiro, em sua Parte Especial, Título I, “Dos Crimes Contra A Pessoa”, em seu Capítulo I, “Dos Crimes Contra A Vida”, penaliza o aborto, logo após os crimes de Homicídio, do art. 124 ao art. 130, sendo que neste último admite o aborto , praticado por médico, em dois únicos casos, a saber:

- I - quando é o único recurso para evitar a morte da gestante (aborto terapêutico);
- II - se a gravidez resultou de estupro, seja real ou presumida a violência.

Ainda assim, faz, em seu Parágrafo Único, exigências outras para a aceitação do procedimento. (Brasil, 1971)

Este dispositivo legal, em descompasso com a realidade, provoca uma “condição de clandestinidade” mediante a qual a grande maioria dos abortos realizados ou sofridos se dá de forma clandestina e, portanto, insegura.

A despeito de legislação tão restritiva, considerados apenas os dados de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), o total de abortos clandestinos inseguros no Brasil, por ano, deve encontrar-se entre 750.000 e 1.500.000, se for aplicada para os dados brasileiros do ano 2000 a metodologia proposta pelo Instituto Alan Guttmacher (1999) para a estimativa do número de abortos clandestinos. Essa metodologia implica um fator de correção geral e leva em consideração apenas os casos de abortamento que acabam necessitando de

internação, o que pode representar apenas de um terço a um quinto do total de abortos voluntários, pois a maioria não chega aos hospitais. (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001b)

Para a América Latina e Caribe o mesmo Instituto chegou a um valor de 4 milhões de abortos clandestinos ao ano, provocados de forma insegura.

Outras propostas de estimativa (Correa, Freitas, 1997) atribuem em torno de 85% das internações por aborto no SUS às complicações pós abortos provocados ou clandestinos. Porém as complicações por abortos espontâneos também são bastante freqüentes levando a internações hospitalares. (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001a)

Em um levantamento sobre o total de casos de aborto atendidos na rede hospitalar conveniada com o SUS, no Estado de São Paulo, no ano de 1995, Sorrentino (1998) concluiu que o tipo de aborto mais freqüente foi o aborto espontâneo, 57,4% do total de abortos, uma porcentagem alta, mesmo levando-se em consideração que dentre esses encontram-se abortos induzidos mal diagnosticados. “Uma em cada dez gestações evolui para interrupção espontânea e precoce por complicações de várias naturezas, como doenças sistêmicas da gestante ou do feto, antecedentes obstétricos desfavoráveis e mesmo sem causa aparente”. (Rezende, 1995)

“Muitas vezes, essas intercorrências acabam em hospitalização e, talvez, sua real participação nas estatísticas do SUS seja significativa, pois os fatores que aumentam sua ocorrência são os mesmos que se associam aos abortos clandestinos: pobreza, desigualdade, exclusão, gravidez não desejada, práticas sexuais inseguras, desigualdade de gênero, entre outros.” (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001a)

Segundo Requena, em 1968, na maioria dos países latino-americanos, o aborto induzido já era o método mais utilizado para deter uma gestação indesejada. Dados confirmam que de 1/4 a 1/3 do controle da fecundidade na década de 80, na América Latina, foi devido ao aborto induzido. (Frejka, Alkin, 1990; Alan Guttmacher Institute, 1994)

Aproximadamente 46 milhões de abortos foram induzidos no mundo em 1995.

Destes, cerca de 26 milhões o foram legalmente e 20 milhões de forma ilegal. A taxa mundial de aborto foi de 35 por mil mulheres entre 15 e 44 anos. De todas as gestações, 26% terminaram em aborto. A taxa mais alta de aborto ocorreu na Europa (48 por 1000 mulheres), que inclui ambas as sub-regiões com taxa mais alta (Leste da Europa, com uma taxa de 90 por 1000) e a sub-região com a menor taxa (Oeste da Europa, com uma taxa de 11 por 1000). O Leste Europeu tem a mais alta proporção de gestações terminadas em aborto (65%).

A região seguinte com a mais alta taxa estimada de aborto foi a América Latina (37 por 1000), na qual quase todos os abortos são ilegais. (Henshaw et al., 1999)

O aborto inseguro, seja ele espontâneo ou provocado, é um grave problema de Saúde Pública, reconhecido pela comunidade científica internacional em conferências promovidas pelas Nações Unidas na década de 90 (vide Histórico). Quando realizado sob condições precárias — por pessoas sem a necessária capacitação profissional e/ou em ambientes que não apresentem os mínimos padrões sanitários — o aborto pode causar seqüelas à saúde da mulher e, muitas vezes, sua própria morte. (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001a)

O aborto inseguro expõe a mulher a riscos e complicações severas. Estes diminuem quando o aborto é feito em condições adequadas. (Hardy, Alves, 1992) Tietze e Henshaw, em 1996, já afirmavam que a incidência de complicações do aborto está relacionada com a forma como ele é realizado.

Nos países em que os abortos são clandestinos e inseguros, suas conseqüências para a saúde das mulheres são danosas, especialmente para as mulheres jovens, pobres e com baixo nível de escolaridade, não podendo ser desprezado também seu impacto sobre os serviços públicos de saúde locais. (Henshaw, 1999)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 1998, 21% das mortes relacionadas à gravidez, parto e pós-parto, nos países da América Latina e Caribe, têm como causa as complicações do aborto inseguro. A quase totalidade destas mortes seria evitada não fosse a clandestinidade dos abortos e as condições inseguras em que são sofridos ou praticados. (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001b)

Segundo a Organización Panamericana de la Salud, 2004, o aborto é a primeira

causa de mortalidade materna na América Latina; sua ilegalidade em quase todos os países da região faz com que seja impossível conhecer seu real impacto e impede a busca de soluções. (OPS,2004; Adital/UNESCO, 2004)

Entre as causas de mortalidade materna no Brasil, o aborto inseguro ocupa atualmente o quarto lugar; sabe-se, no entanto, que ele pode estar incluído também entre as duas causas que o antecedem - síndromes hemorrágicas e infecções puerperais - o que faria com que fosse, na verdade, a terceira causa de morte materna, pois raramente sua ocorrência é referida no atestado de óbito.

A clandestinidade dificulta, também, desde o diagnóstico de aborto no atendimento médico (se este houver) até o registro adequado do aborto induzido, piorando a já precária forma com que freqüentemente o atestado de óbito é preenchido. (Osis et al., 1996)

As mortes por aborto, em sua maioria, são de mulheres jovens, solteiras ou separadas judicialmente; a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por aborto, para as mulheres negras (pardas e pretas), foi de 11,28/100 mil nascidos vivos, duas vezes a RMM para as brancas, de 1999 a 2002, denotando um alto índice de injustiça social. “O aborto é uma questão de saúde pública e um tema de justiça social, pois mulheres com recursos financeiros recebem atenção segura e quando em situação de diferentes vulnerabilidades (de classe; étnica; geracional, etc.) recorrem ao aborto clandestino e inseguro.” (Oliveira et al., 2005)

“Dada a magnitude do problema, do qual se conhece apenas a ponta do *iceberg*, é imperioso estudar os determinantes dessa prática, assim como as condições em que ela ocorre.” (Martins et al., 1991)

Várias são as condições que determinam e influenciam as mulheres a realizar um abortamento clandestino, de maneira insegura; de qualquer forma essas, por um motivo ou outro, estão sempre associadas a uma gestação não planejada (incluindo-se aqui a gestação não planejada e não desejada na adolescência).

A reprodução e sua condição necessária, o exercício da sexualidade, deveriam ser sempre atos desejados e planejados. Lamentavelmente, isso não se dá assim. (Langer, 2002).

À dificuldade de se obter estimativas mais fidedignas sobre a ocorrência do Aborto Inseguro junta-se a dificuldade de conhecer-se todas as causas de caráter

sócio-político-culturais, psíquico, econômico e mesmo existencial das mulheres que se vêem instadas a praticar um aborto inseguro, de forma clandestina, bem como a dificuldade de se avaliar todas as conseqüências desse procedimento, ou de sua tentativa frustrada, sobre elas, a curto e a longo prazo.

O aborto, desta forma, além de um problema de Saúde Pública, como já citado, insere-se também nas esferas mais específicas da Saúde Reprodutiva, dos Direitos Reprodutivos, do Planejamento Familiar e mesmo na dos Direitos Humanos.

1.3 Saúde Reprodutiva, Direitos Reprodutivos e Planejamento Familiar

A Saúde Reprodutiva foi definida na Conferência Internacional do Cairo, 1994, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. (Naciones Unidas, 1995a)

A denominação “Saúde Reprodutiva”, cunhada em 1988 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), representou uma extensão do conceito global de saúde à área da reprodução humana.

“Saúde Reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. Saúde Reprodutiva implica o fato de que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura e que elas tenham a capacidade de reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que freqüência fazê-lo. Implícito nesta última condição está o direito dos homens e mulheres à informação e a terem acesso a métodos seguros, efetivos, possíveis e aceitáveis para planejar a família de sua escolha, tanto quanto outros métodos de sua preferência para regulação da fecundidade que não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que tornem as mulheres capazes de atravessar com segurança o período pré-natal e o nascimento e munir os casais com a melhor possibilidade de ter uma criança saudável.

Em concordância com a definição de saúde reprodutiva, citada acima, o cuidado

com a mesma é definido como uma constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuam com a saúde reprodutiva e bem-estar através da prevenção e solução dos problemas relacionados a ela. Isto também inclui a saúde sexual, a respeito da qual se destaca a melhoria de vida e das relações pessoais, e não somente o aconselhamento e cuidado relacionado à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis.” (Programa de Ação, A, 7.2 - CIPD, Cairo, 1994) (Naciones Unidas, 1995a)

A Saúde Reprodutiva abrange temas tais como: Saúde Materna (gestação, parto e puerpério); Aborto; Saúde Perinatal; Climatério; Morbimortalidade associada à reprodução; Contracepção/Planejamento Familiar; Esterilização, Idades limite da reprodução; Sexualidade; DST/AIDS; Transmissão Vertical de doenças; Violência sexual e doméstica; Fertilidade e Reprodução assistida; Relações de Gênero; Ética e Reprodução; Direitos Reprodutivos.

Nascidos do conceito acima, os Direitos Reprodutivos abarcam certos Direitos Humanos já reconhecidos por leis nacionais, por documentos internacionais de Direitos Humanos e outros documentos relevantes de consenso das Nações Unidas. (Dallari, 1996)

Esses direitos repousam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livremente, e com responsabilidade, o número, o momento e o intervalo com que pretendem ter seus filhos e de terem também a informação suficiente e os meios para fazê-lo, isto é, o direito de atingirem o padrão mais elevado de vida sexual e reprodutiva. Todos têm o direito de tomar decisões em relação à reprodução livres de discriminação, coerção e violência como expresso nos documentos que estabelecem os Direitos Humanos. No exercício desses direitos, todos teriam que levar em consideração as necessidades de seus filhos já nascidos ou futuros e suas responsabilidades com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos para todos deveria ser a base fundamental para as políticas e programas governamentais ou não-governamentais, comunitários (tais como as ações de *Advocacy*) na área de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. São realçadas ainda no capítulo 7.3, do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, a promoção da equidade nas relações de gênero e o

cuidado com a educação e serviços voltados aos adolescentes para que estes possam lidar de forma positiva e responsável com sua sexualidade, pois são eles particularmente vulneráveis devido a lacunas existentes de informação e acesso a serviços eficientes, na maioria dos países.

O Plano de Ação da Conferência do Cairo, portanto, além de legitimar, através de um documento de consenso internacional, o conceito de Direitos Reprodutivos, estabeleceu as bases para um novo modelo de intervenção na saúde reprodutiva, ancorado em princípios éticos e jurídicos comprometidos com o respeito aos Direitos Humanos. (Na CIPD, 184 Estados reconheceram os direitos reprodutivos e os direitos sexuais como Direitos Humanos, concepção esta reafirmada, em 1995, pelas Conferências de Copenhague e Pequim.)

“O Código Penal de 1940, ainda vigente no Brasil, considera o aborto crime em qualquer hipótese, exceto quando se trata de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez é resultante de estupro. Ao obrigar as mulheres a levarem a termo gestações não planejadas, esta lei infringe os princípios constitucionais de garantia da liberdade e do direito à privacidade que fundamentam as decisões reprodutivas de todas as cidadãs e cidadãos.” (Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos, 2005)

É de se ressaltar que, com base nos conceitos de Saúde Reprodutiva e Direitos Reprodutivos, a Lei nº 9.263, de 1996, que trata do Planejamento Familiar, define o planejamento familiar, em seu art.2º, “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, depois de determinar em seu art.1º que “o planejamento familiar é *direito de todo cidadão*”; em seu art. 4º parece garantir que “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia *de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade*”. No Parágrafo Único diz que – “O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, *visando à promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva*. ”No art. 5º : “É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos

informativos, educacionais, técnicos e científicos *que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.*” Por fim, em seu art. 9º, “*Para o exercício do direito ao planejamento familiar serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.*”

Esta Lei foi considerada um avanço significativo no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos das/os brasileiras/os.

1.4 Histórico do Aborto Inseguro

Em 1994, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em seu Programa de Ação, reconheceu, pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro como grave problema de Saúde Pública (parágrafo 8.25). O documento assinado na Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu em Pequim, em 1995, reafirmou o conteúdo do parágrafo 8.25 do Cairo, acrescentando a recomendação de que os países revisassem as leis que punem as mulheres quando elas se submetem a abortamentos ilegais (parágrafo 106 k). (Naciones Unidas, 1995b)

Em 2000, o documento final de Pequim + 5 incorpora na íntegra o texto do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim mencionando novamente a necessidade de revisão das leis que propõem a punição da prática do aborto ilegal.

Após mais de uma década das Conferências Internacionais do Cairo e Pequim (Beijing), no Brasil, e na maior parte da América Latina, o aborto clandestino e inseguro é, ainda, um grave problema de Saúde Pública e sua solução um desafio a exigir medidas urgentes que passam, fatalmente, pelo processo de sua descriminalização.

Em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), os líderes das grandes potências mundiais e os chefes de Estado de 189 países, entre eles o Brasil, discutiram a gravidade do estado social de muitos países do mundo e definiram oito (8) objetivos que apontam para ações em áreas prioritárias para a superação da pobreza. Tais objetivos, chamados de

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, apresentam metas, detalhadas em indicadores, que devem ser alcançadas, em sua maioria, até 2015. O Objetivo 5, “Melhorar a Saúde Materna”, apresenta a Meta 6: reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015, a taxa de Mortalidade Materna.

Os EUA, porém, contrapuseram às decisões do Cairo as chamadas Metas do Milênio divorciadas dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, o que provocou um verdadeiro retrocesso em relação ao aborto, como questão de Saúde Pública, na medida em que passou a ser privilegiado apenas o momento da concepção produtiva (parto), em detrimento do enfoque à mortalidade materna como referente à morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, vigente desde 1987 (Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, Nairobi, 1987) , reenfatizado na CIPD, Cairo, 1994, e que incluía o aborto como uma das formas de resolução possível, mesmo quando não desejável, da gestação (ressalte-se o peso relativo do aborto dentro das taxas de mortalidade materna). (International Safe Motherhood Conference, 1987; Naciones Unidas, 1995a)

Houve um retrocesso também ao se voltar ao discurso da saúde materno–infantil, desconsiderando-se o conceito atual de saúde integral da mulher.

“É impossível atingir-se a redução da mortalidade materna, pretendida nas metas do milênio, sem intervir-se diretamente nos cuidados médicos destinados ao aborto clandestino, inseguro”. (Silva, 2005)

Segundo a OMS, 1998, de um total mundial de 46 milhões de abortos induzidos ao ano, 20 milhões são praticados sob condições inseguras e, destes, 99% são realizados nos países “em desenvolvimento” ou em países pobres, onde o risco de mortalidade materna é de 100 a 200 vezes maior que em países desenvolvidos, sendo que em algumas regiões “atrasadas” chega a ser até 300 vezes maior. O Brasil ocupa a nada confortável 65ª posição no ranking mundial de mortalidade materna. Países muito mais pobres e com renda per capita menor que o Brasil, como Uruguai, Chile e Cuba, têm coeficientes menores que 30/100.000 nv (nascidos vivos). No Brasil, a taxa de mortalidade materna corrigida encontra-se estimada entre 91,02 e 182,04/100.000 nv para 1998, enquanto a oficial, para o mesmo ano, foi de 64,85. (Volochnko, 2003)

Por ser o aborto considerado crime pelo código penal e por outras deficiências do sistema de notificação das mortes maternas há enorme sub-registro destas, embora o óbito materno tenha sido declarado de notificação compulsória em 1997. Em Cuba, a partir da legalização permissiva do aborto, em 1965 (configurada no novo Código Penal de 1987), a mortalidade materna declinou de 120 por 100 mil nascidos vivos para 7 por 100 mil nascidos vivos, em 2000. (Ministerio de Salud Pública, Cuba, 2000)

Ou seja, legalizar o aborto, realizando-o em adequadas condições sanitárias e por profissional habilitado, possibilitou reduzir drasticamente a morte materna.

Diferentemente do que ocorre na maioria dos países da América Latina, a mulher cubana tem o direito de solicitar um aborto em instituições especializadas, sem qualquer outro argumento além de sua decisão pessoal, até a 12ª semana de gestação.

1.4.1 Situação do Aborto no Mundo

O aborto era ilegal e não estava regulamentado na maior parte do mundo até a segunda metade do século XX. O processo de criação e introdução de leis que regulam o aborto iniciou-se na ex-União Soviética na década de 1920 como resposta às preocupações sobre a ameaça que representava um aborto inseguro para a saúde e mortalidade das mulheres. A União Soviética foi a primeira a legalizar o aborto, em 1920. Reconheceu-se o direito da mulher russa de interromper uma gravidez não desejada em caso de problemas de saúde da gestante e também de outros motivos. Os países escandinavos começaram a liberalizar o direito ao aborto na década de 1930. Inicialmente a Islândia, em 1935, seguida da Suécia em 1938. A Dinamarca em 1939 e, finalmente, a Finlândia e a Noruega em 1950 e 1960.

Na década de 1960, esse processo estendeu-se através da Europa, dando lugar à legalização do aborto em quase todos os países da atual União Européia, Europa Central e Oriental (em 1985). Albânia, Bulgária, Tchecoslováquia, Hungria e Romênia (1989) legalizaram o aborto pouco depois.

O aborto legal e seguro foi conquistado na Europa Ocidental no início dos anos

70; mesmo após essa conquista, porém, ainda é possível identificar-se tendências regressivas na Região. Em 2004, na Itália, país no qual o aborto foi legalizado em 1978, o partido do primeiro-ministro de então apresentou ao parlamento projeto de lei propondo que o Estado custeasse somente o primeiro aborto realizado por uma mulher. Estratégia semelhante não é novidade, pois tem sido adotada por grupos anti-aborcionistas nos Estados Unidos desde os anos 80, com o objetivo de impedir o uso de fundos públicos para serviços de interrupção da gravidez. Embora na prática não tenha sido alterada a definição jurídica norte-americana de 1973, ano em que o aborto foi legalizado no país, torna-se cada vez mais difícil o acesso à interrupção da gestação para mulheres que não podem pagar pelo procedimento.

Na mesma época da legalização americana, nos anos 70, a Austrália aprovou uma lei que permitia o aborto durante o primeiro trimestre de gestação e a França, em 1975, autorizou o aborto por solicitação, durante as primeiras dez semanas de gravidez, sujeito a algumas condições. Em seguida foi a vez da República Federal da Alemanha em 1976, da Itália em 1978 e da Holanda em 1981.

Alguns países da Europa Ocidental reviram suas leis sobre o assunto, desde o surgimento das tendências regressivas no continente, incluindo Espanha, Alemanha e Grécia em 1986 e Bélgica em 1990. Em Portugal, a lei só permite o aborto em caso de estupro, mal-formação fetal e risco à saúde da gestante. Em 2004, a maioria conservadora do Congresso português rejeitou a proposta de lei que previa o acesso ao aborto por escolha da mulher até a 12ª semana de gestação. Recentemente, na Inglaterra, onde a prática é legalizada desde os anos 60, moveu-se uma ação judicial contra a norma que regula o aborto nos casos de anomalia fetal.

As leis que regulamentam o aborto no Chipre, Polônia, Espanha e Irlanda são também muito restritivas, permitindo interrupções da gravidez somente em casos de violação, malformações fetais ou para proteger a saúde da mulher.

Na Suíça o aborto foi descriminalizado em 2001.

Na Ásia, temos os principais exemplos de aborto controlado pelo Estado. Em 1948 o aborto foi legalizado no Japão com o nome de "Lei da Proteção Eugênica". O principal objetivo dessa lei seria a utilização do aborto como medida eficaz para

os problemas da superpopulação e aceleração da taxa de crescimento populacional. Na República Popular da China aprovou-se uma lei sem restrições ao aborto em 1975 e, desde então, esse método tornou-se muito popular. Graças à insistência atual do governo chinês para que as famílias tenham apenas um filho, o que gerou uma severa política de controle da fecundidade, além das sanções econômicas e sociais ditadas para esse fim, o planejamento familiar já não é um assunto pessoal, e sim controlado pelo Estado.

1.4.2 Situação na América Latina e Caribe

Os efeitos da onda conservadora são extremamente negativos na América Latina e no Caribe, onde as leis continuam muito restritivas em relação ao aborto. A influência da Igreja Católica sobre as leis e as políticas públicas está, sem dúvida, entre os fatores que explicam esse caráter. Ao observar que nos países desenvolvidos multiplicavam-se as reformas legais, o Vaticano programou uma estratégia para prevenir que processos similares ocorressem nessa região. Buscou influenciar diretamente os processos de revisão constitucional para inclusão do princípio do direito à vida desde a concepção. Isso acaba por se refletir nas legislações de vários países. Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Peru, Equador, Honduras, Guatemala, Costa Rica e Nicarágua incluem esse conceito em sua constituição e em outras legislações paralelas como é caso dos códigos de defesa da criança e do adolescente.

Hoje em dia, na América Latina e Caribe o aborto é inteiramente legal apenas em Cuba, Porto Rico e na Guiana. A prática é totalmente proibida – mesmo o aborto terapêutico para salvar a vida da mulher – no Chile, Colômbia, El Salvador, Honduras, Haiti e na República Dominicana.

Na maioria dos outros países, incluindo Brasil e Argentina, o procedimento é permitido quando a gestação resulta de violência sexual (estupro) ou representa risco de vida para a mulher. Alguns desses países têm em sua legislação apenas um desses dois permissivos, caso da Venezuela e Paraguai, nos quais a prática é permitida somente para salvar a vida da gestante. Poucos contemplam, em suas leis, exceções que tornem legal o aborto, como os casos de malformação fetal.

Quando o fazem, liberam o procedimento somente se houver risco de vida para a mulher (aborto terapêutico).

Os argumentos pela ampliação dos permissivos legais, porém, vêm encontrando eco na região graças ao esforço sustentado do movimento feminista latino-americano. No México, cada estado tem seu próprio Código Penal. A lei de Yucatán permite o aborto desde a década de 1920. Desde os anos 90, têm havido mobilizações políticas em níveis estaduais, tanto para assegurar o acesso aos procedimentos nos casos em que o aborto é legal (geralmente estupro), quanto para conseguir reformas legais mais amplas. Em 2003, no Distrito Federal (Cidade do México), foi aprovada uma nova lei que amplia o acesso ao aborto por razões de saúde. Embora questionada pelo grupo anti-aborto na Suprema Corte, a lei foi mantida e possibilitou a criação de uma rede local de serviços. Na Bolívia, outro exemplo, as feministas têm lutado desde 1997 para tornar acessível o aborto nos casos previstos no Código Penal. Isso resultou no projeto de Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva, aprovado pelo Parlamento em março de 2004. No entanto, por pressões da Igreja Católica, o projeto não foi sancionado pelo presidente da República.

Em 2002, no Uruguai, um projeto de Lei de Defesa da Saúde Reprodutiva que inclui a descriminalização do aborto foi aprovado pela Câmara dos Deputados. Em 2004 a proposta já contava com 63% de apoio por parte da população. Mas não foi aprovada pelo Senado Federal – por 17 votos contra e 13 a favor – que decidiu manter a lei vigente no país desde 1938, que considera o aborto crime, com certas exceções e atenuantes. Apesar da derrota, o Ministério da Saúde adotou em outubro do mesmo ano, 2004, uma norma técnica para “redução de danos do aborto clandestino”. Esse protocolo recomenda aos médicos do serviço público que ofereçam às mulheres que desejam recorrer a um aborto clandestino informações e medidas profiláticas necessárias para evitar riscos à saúde. Na Argentina, acaba de se ser lançada uma campanha nacional pela legalização do aborto, que conta com a simpatia de setores políticos. O Ministro da Saúde já se manifestou favorável à reforma legal. Finalmente, na Colômbia a Suprema Corte deve acatar ainda este ano uma ação de argüição constitucional em relação às restrições da lei penal vigente que desautoriza a interrupção da gravidez em

todos os casos. A ação é acompanhada de uma proposta de reforma legal para ampliar os permissivos, incluindo os casos de estupro e risco à saúde.

Pela primeira vez na história, o Brasil se encontra diante da possibilidade de descriminalização (ou discriminação) da prática do aborto que, mesmo clandestinamente, sempre foi uma alternativa para as mulheres. Essa possibilidade está visível no projeto de lei recém-elaborado por uma Comissão Tripartite, integrada por representantes do Poder Executivo, Legislativo e da sociedade civil, com a participação de setores das áreas médica e jurídica, e do movimento de mulheres. Através das organizações que as compõem, as Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, criadas em 2004, participaram desse processo.

Dados do Center for Reproductive Law and Policy, de 2005, atestam que 40,5% da população mundial vive em 54 países que permitem o abortamento sem restrições; 20,7% vive em 14 países que permitem abortamento com base em razões sociais e econômicas; 12,8% vive em 55 países que permitem o abortamento quando necessário para a saúde da gestante; e 26% da população vive em 72 países que proíbem o abortamento ou o permitem apenas em casos de estupro ou de risco à vida da gestante.

1.5 Justificativa

Faltam, no Brasil, estudos epidemiológicos sobre abortamento inseguro, em populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais há um peso maior do aborto nas taxas de morbi-mortalidade materna e em que mais se faz clara a necessidade de se trabalhar a questão do planejamento familiar preventivo, como sendo uma das principais questões pertinentes à saúde reprodutiva. Face a quais variáveis presentes, essas populações tornam-se mais vulneráveis aos agravos à saúde da mulher e, mais especificamente, ao aborto inseguro, também não está ainda suficientemente estabelecido.

As ponderações acima justificam este projeto: um estudo transversal que pretende estimar, o mais aproximadamente possível, o número de abortos inseguros, sua freqüência, os fatores sócio-demográficos associados ao aborto e

sua morbidade, em uma população em situação de pobreza, Favela Inajar de Souza, Zona Norte da cidade de São Paulo.

1.6 Hipóteses

- 1) o aborto inseguro provocado ocorre com maior frequência entre mulheres jovens, no início da vida sexual, e sozinhas (solteiras, separadas ou fora de união estável);
- 2) em populações em situação de pobreza, o aborto inseguro, tanto provocado como espontâneo, leva a sérias complicações pós-aborto que culminam, geralmente, em internações hospitalares;
- 3) nessas populações, a ocorrência de aborto inseguro encontra-se associada à cor/etnia, migração, renda e escolaridade, tornando-as mais vulneráveis a ela.

1.7 Objetivos

Objetivo geral

Estimar a frequência e o número de abortos inseguros bem como identificar os fatores sócio-demográficos mais fortemente associados ao aborto e a morbidade a ele relacionada na comunidade Favela Inajar de Souza.

Objetivos específicos

1. estimar a frequência de mulheres com aborto e o número de abortos inseguros ocorridos entre as mulheres da população estudada;
2. caracterizar as condições de ocorrência do aborto inseguro e suas complicações (morbidade);
3. identificar os fatores sócio-demográficos que se encontram associados ao aborto inseguro nessa população;
4. avaliar o grau de vulnerabilidade da população mais especificamente ao aborto inseguro e, por extensão, aos agravos à saúde da mulher.

2 MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo: Transversal

2.2 População estudada

A pesquisa de campo foi sediada em uma comunidade da periferia da cidade de São Paulo, com cerca de 2000 habitantes (Favela Inajar de Souza).

População-alvo: foram entrevistadas todas as mulheres de 15 a 54 anos residentes nessa comunidade (375 mulheres, afora as recusas: Censo).

O Perfil básico dessa população, levantado em projeto anterior, revela: baixo nível de escolaridade; baixa renda per capita e familiar; alto nível de desemprego; idade precoce da primeira relação sexual; maioria das mulheres casadas ou que “vivem junto” seguindo regime marital convencional, com agregamento familiar tradicional; falta de planejamento familiar vigente e uso irregular de métodos contraceptivos. (Fusco, 2001)

2.3 Instrumento e Forma de Coleta

Constam do instrumento de coleta três elementos agrupados em um só: Tabela de Composição Familiar; Questionário estruturado e pré-codificado; Tabela de História das Gestações. (Anexos 1, 2 e 3)

As entrevistas foram realizadas por três monitoras da comunidade e três universitárias de Ciências Humanas que, após serem submetidas a treinamento em oficinas, efetuaram as entrevistas, por meio de visitas domiciliares às mulheres da população, em momento adequado à entrevistada. As respostas foram preenchidas no momento da entrevista pelas entrevistadoras que anotaram também suas próprias observações, quando necessário, em uma folha anexa. Esse procedimento foi testado anteriormente em um grupo-piloto.

As mulheres foram estimuladas a participar da pesquisa e lhes foi garantido absoluto sigilo sobre as informações colhidas, inclusive não tendo sido necessária a identificação das que responderam ao questionário.

2.4 Variável Dependente

Aborto Inseguro - dividido nas categorias: Nenhum Aborto, Aborto Provocado e Aborto Espontâneo.

2.5 Variáveis independentes

Idade (em anos completos) - foram utilizadas duas medidas: idade atual e idade à época do evento (NV, NM, AP, AE), depois agrupadas por quinquênios;

Escolaridade – objetivou-se conhecer o número de anos de estudo (0 – 4; 5 – 9; 10 ou mais) além do grau de escolaridade, dividido em Fundamental, Médio e Superior, completos ou incompletos;

Estado civil (ou status marital) – considerou-se a divisão em: solteira, casada, unida consensualmente, separada, viúva e outros;

Renda per capita – foram coletados os dados sobre os ganhos mensais atuais de cada pessoa residente no domicílio da entrevistada, posteriormente somados e divididos pelo número total dessas;

Ocupação – dividiram-se as entrevistadas em dois grupos: as que trabalham “fora” e as que não trabalham, significando: recebem salário ou não (contribuem para o orçamento doméstico ou não);

Idade da primeira relação sexual – em anos completos; em média indica a precocidade do início da vida sexual e sua relação com os resultados gestacionais;

Número de Gestações – o número de gestações nos fornece a taxa de gestações para cada grupo (com ou sem aborto);

Número de filhos nascidos vivos – é um importante “diferencial” para aborto provocado e mede indiretamente a taxa de fecundidade da população estudada;

Número de filhos considerado ideal – é a medida de quantos filhos são desejados em média pelas mulheres do estudo;

Defasagem – calculada pela diferença entre número de nascidos vivos e número de filhos considerado ideal;

Utilização de métodos contraceptivos – seu uso, ou não, dá a dimensão da

existência ou não de planejamento familiar, da adesão aos tipos existentes de contraceptivo e do seu fornecimento por serviços de saúde;

Cor/Etnia – procurou-se conhecer a etnia predominante na população, e sub-populações, utilizando-se, entre outros, o quesito cor;

Origem – indica a proporção de mulheres advindas de outros Estados no processo de migração interna;

Apoio do parceiro – como reflexo das relações de gênero na população, indagou-se sobre a participação do parceiro ou companheiro nas gestações e seus desfechos, e nas decisões que as envolvem (planejamento, gestações não planejadas, interrupção ou não da gestação).

2.6 Análise dos Dados

Inicialmente, procurou-se caracterizar a ocorrência de aborto inseguro – provocado e espontâneo - entre as mulheres de 15 a 54 anos residentes na Favela Inajar de Souza.

Com a finalidade de se verificar a existência de associação entre ter-se ou não um aborto inseguro – mais precisamente, ao se comparar a proporção de abortos inseguros (provocados e espontâneos) tanto para total de Mulheres, como para o total de Mulheres que declararam terem tido alguma Gestação - e as diversas variáveis explicativas ou independentes, foi empregado o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e a análise de variância (ANOVA) para as variáveis numéricas contínuas e discretas – idade da mãe, número de nascidos vivos, etc.

Para se detectar, em tabelas de ordem superior a 2, quais das categorias das variáveis independentes diferiam ou não entre si, empregou-se a partição do qui-quadrado, e para as variáveis contínuas utilizou-se o método de comparações múltiplas de Tukey.

A análise estatística foi processada no software SPSS for Windows, versão 12.0. Em toda a análise adotou-se um nível de significância de 5%, ou seja, foram considerados como significativos os resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% ($p < 0,05$).

Buscou-se, em termos específicos:

- 1) Estimar a proporção de mulheres com algum aborto inseguro em suas histórias genésicas;
- 2) Estimar a proporção dos resultados gestacionais possíveis;
- 3) Verificar se existe associação entre ter-se ou não algum aborto inseguro e cada uma das variáveis independentes isoladamente;
- 4) Verificar se existe associação entre os distintos resultados gestacionais, ou eventos, NV, AE e AP, e cada uma das variáveis independentes isoladamente.

Obs: os diferentes resultados gestacionais, NV, NM, AP, AE (Eventos vitais), foram chamados genericamente de Eventos.

Em relação à Variável Resposta, dividida em 3 categorias, as mulheres foram alocadas em 3 grupos: Nenhum Aborto ou NV, AE e AP, de modo a que no grupo Nenhum Aborto só permanecessem mulheres que nunca abortaram e que, quando apresentassem gestação, só tivessem tido filhos nascidos vivos. As mulheres do grupo AP, 51, apresentaram ao menos um AP; este grupo, portanto, contém mulheres com somente AP (2), com AP e AE (6) e com AP e algum NV (43). Finalmente no grupo AE permaneceram mulheres (42) com ao menos um AE que tivessem ou não NV e sem AP.

O primeiro Evento de cada grupo refere-se à primeira ocorrência referente ao nome do grupo. Por exemplo: uma mulher com 2 NV e 2 AP, pertencente, portanto, ao grupo AP, apresentou seu primeiro evento à época de seu primeiro AP.

Desta maneira, todas as mulheres puderam ficar alocadas sempre no mesmo grupo.

3 RESULTADOS

Os dados coletados constam de 2 Bancos iniciais, segundo duas unidades estruturais: a) por Pessoa; b) por Gestação. Foram depois reunidos, em um só banco, todos os dados referentes à Pessoa e os dados referentes ao 1º Evento vital da “História das Gestações”. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o software SPSS – versão 12. Procedeu-se à análise dos dados verificando-se as associações existentes entre a variável dependente Aborto Inseguro, dividida em três categorias (Nenhum Aborto, Aborto Provocado e Aborto Espontâneo), e as variáveis independentes, sócio-econômicas, demográficas e reprodutivas, tanto para o total de mulheres, quanto para o total de mulheres com gestação (retirando-se as mulheres que nunca engravidaram), para um nível de significância estatística com $p < 0,05$.

Obs: foram considerados marginalmente significativos os resultados com p entre 0,05 e 0,10.

Análise dos Dados

1) Total de Mulheres e

2) Total de Mulheres Com Gestação

Freqüências, Taxas, Razões e Proporções

Número de abortos - foram declarados 144 abortos por 375 mulheres entrevistadas. Destas, 278 mulheres apresentaram Gestação prévia e 97, não.

TM = total de mulheres (375)

TMG = total de mulheres com gestação (278)

Dos abortos, foram declarados 82 abortos provocados (AP) e 62 abortos espontâneos (AE), respectivamente por 51 Mulheres e 42 Mulheres, em um total de 93 Mulheres.

Número total de abortos = $144/375M = 38,4$ e $144/278M = 51,8$ (p/ cada 100M)

Freqüência = $93M/375M = 24,8\%$ e $93M/278M = 33,45\%$ (prevalência: 0,248)

Freqüência AP = $51M/375M = 13,6\%$ e $51M/278M = 18,3\%$

Freqüência AE = $42M/375M = 11,2\%$ e $42M/278M = 15,1\%$

Número AP = $82/375M = 21,87$ e $82/278M = 29,5$ (p/ cada 100 M)

Número AE = $62/375M = 16,53$ e $62/278M = 22,3$ “

Porcentagem de Gestações Interrompidas = 37,3% nas MA (M com Aborto)

Média de Gestações:- grupo 1 (com aborto) = 4,15

grupo 0 (sem aborto) = 2,4

Distribuição das mulheres segundo aborto para o Total de Mulheres (TM) e para o Total de Mulheres com Gestação (TMG):

Distribuição das mulheres segundo aborto – Favela Inajar, 2005

	Nº (%)
Nenhum	282 (75,2%)
AE	42 (11,2%)
AP	51 (13,6%)
Total	375 (100,0%)

Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto – Favela Inajar, 2005

	Nº (%)
Nenhum	185 (66,6%)
AE	42 (15,1%)
AP	51 (18,3%)
Total	278 (100,0%)

Idade na época do 1º Evento (tabela de Gestações)

Tabela 1: Medidas descritivas da idade da gestante à época do 1º evento (nascimento ou aborto) segundo aborto - Favela Inajar, 2005

	NV	AE	AP
Média	20,3	23,3	21,9
Desvio padrão	4,5	7,0	5,6
Mediana	19,0	21,5	20,5
Mínimo	13	14	13
Máximo	34	39	37
Nº obs.	185	42	51

NV = nascido vivo

De acordo com a Tabela 1 pode-se observar que houve uma maior variabilidade nos grupos com aborto quando comparado à variabilidade observada no grupo sem aborto.

Através de uma ANOVA-ONEWAY com correção de Brown-Forsythe verificou-se diferença estatisticamente significativa da média de idade na época do 1º evento entre os três grupos ($p = 0,006$). Através das comparações múltiplas notou-se que, em média, o grupo Aborto Espontâneo apresentou $3,2 \pm 1,1$ anos a mais na época do 1º evento quando comparado ao grupo Sem Aborto ($p = 0,019$). Não houve diferença estatisticamente significativa da média de idade na época do 1º evento entre o Aborto Provocado nem com o grupo Aborto Espontâneo ($p = 0,563$) nem com o grupo Sem Aborto ($p = 0,166$).

Obs: Considerada apenas a 1ª gestação para os 2 grupos de mulheres com aborto, tem-se as seguintes médias de idade, em anos completos:

AE = 20,9 AP = 17,8

correspondendo a 23 e 17 mulheres, respectivamente, que tiveram seus primeiros abortos em suas primeiras gestações.

Média de Idades da 1ª Gestação do Total de Mulheres com Aborto = 18,6 (13-39)

Idade ao 1º Evento por Quinquênios

Tabela 1a: Distribuição das mulheres com gestação, por aborto, e idade em quinquênios ao 1º evento – Favela Inajar, 2005

Idade (anos)	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	Espontâneo	Provocado	
13 a 14	8 (4,4%)	3 (7,1%)	4 (8,0%)	15 (5,5%)
15 a 19	90 (50,0%)	10 (23,8%)	17 (34,0%)	117 (43,0%)
20 a 24	48 (26,7%)	15 (35,7%)	14 (28,0%)	77 (28,3%)
25 a 29	26 (14,4%)	6 (14,3%)	9 (18,0%)	41 (15,1%)
30 a 34	8 (4,4%)	3 (7,1%)	4 (8,0%)	15 (5,5%)
35 a 39	- (,0%)	5 (11,9%)	2 (4,0%)	7 (2,6%)
Total	180 (100,0%)	42 (100,0%)	50 (100,0%)	272 (100,0%)

Qui-quadrado – $p = 0,001$

Teste da Razão de Verossimilhanças – $p = 0,001$

Não responderam:- Nenhum = 5mulheres AP = 1 mulher

Pela Tabela, pode-se notar que 209 mulheres (76,8%) tiveram seus 1ºs Eventos Gestacionais (NV, AE, AP) entre 13 e 24 anos. No grupo Nenhum, 54,4% das mulheres tiveram o primeiro filho até os 20 anos. No grupo AP, 50% das mulheres provocaram o primeiro aborto até os 20 anos (inclusos) e, entre 13 e 19 anos, 42% o fizeram, enquanto no grupo AE, entre 13 e 19 anos, 31% das mulheres declararam ter sofrido seu primeiro aborto.

Efetuada-se a Partição do qui-quadrado para a Tabela 1a tem-se:

Comparando-se os três grupos de aborto com relação à distribuição de mulheres nas faixas etárias 13 a 14, 15 a 19, e 20 a 24 obteve-se qui-quadrado para 4gl igual a 8,03 com $p = 0,09$ indicando que não ocorreram diferenças significativas entre os 3 grupos de aborto (NV, AE, AP) com relação à distribuição de mulheres nessas três faixas etárias.

Comparando-se os três grupos de aborto com relação à distribuição de mulheres nas faixas etárias 25 a 29, 30 a 34, e 35 a 40 obteve-se qui-quadrado para 4gl igual a 13,4 com $p = 0,01$ indicando que ocorrem diferenças significativas entre os 3 grupos com relação à distribuição de mulheres nessas 3 faixas etárias.

Estado Civil à Época do 1º Evento

Tabela 2: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e estado civil à época do 1º evento – Favela Inajar, 2005

Estado civil à época do 1º evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Solteira	45 (24,9%)	7 (16,7%)	24 (47,1%)	76 (27,7%)
Casada	80 (44,2%)	17 (40,5%)	9 (17,6%)	106 (38,7%)
Vivia junto	56 (30,9%)	17 (40,5%)	16 (31,4%)	89 (32,5%)
Separada	- (,0%)	1 (2,4%)	2 (3,9%)	3 (1,1%)
Total	181 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	274 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p < 0,001$

4 mulheres não responderam

De acordo com a Tabela 2 pode-se observar que enquanto no grupo Aborto Provocado aproximadamente 47% das mulheres apresentou estado civil = solteira na época do 1º evento, nos grupos Nenhum Aborto e Aborto Espontâneo essa proporção era cerca de 25% e 17%, respectivamente. Através de uma partição da tabela acima verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa da distribuição do estado civil à época do 1º evento nos grupos Nenhum Aborto e Aborto Espontâneo ($p = 0,145$). Ou seja, foi o grupo Aborto Provocado que apresentou distribuição do estado civil na época do 1º evento distinta da apresentada pelos grupos Nenhum Aborto e Aborto Espontâneo ($p < 0,001$).

Renda Per Capita atual

A Renda per capita avaliada foi a RPC mensal domiciliar atual.

As médias das RPC para as mulheres que a declararam está assim distribuída:

RPC Mulheres Nenhum Aborto = R\$ 241,00

RPC Mulheres Com Aborto Espontâneo = R\$ 232,10

RPC Mulheres Com Aborto Provocado = R\$ 173,60

*A Renda per capita consta da Tabela de Composição Familiar

1) Para o Total de Mulheres

Medidas descritivas da Renda P.C. atual segundo aborto – Favela Inajar, 2005

	Nenhum	AE	AP
Média	241,0	232,1	173,6
Desvio padrão	184,1	120,7	119,2
Mediana	200,0	237,0	*134,5
Mínimo	0,0	75,0	0,0
Máximo	1567,0	583,0	500,0
Nº obs.	282	42	51

p = 0,017

* < ½ SM

Através do teste não paramétrico de Kruskal Wallis verificou-se que a distribuição da renda per capita entre os três grupos não foi a mesma (p = 0,017). O grupo AP (Aborto Provocado) apresentou Renda Per Capita inferior à apresentada pelos grupos Nenhum Aborto (NA) e Aborto Espontâneo (AE).

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Medidas descritivas da Renda Per Capita segundo aborto, para total de mulheres com gestação – Favela Inajar, 2005

	Nenhum	AE	AP
Média	221,2	232,1	173,6
Desvio padrão	180,1	120,7	119,2
Mediana	197,0	237,0	134,5
Mínimo	0,0	75,0	0,0
Máximo	1567,0	583,0	500,0
Nº obs.	185	42	51

p = 0,041

Através do teste não paramétrico de Kruskal Wallis verificou-se que a distribuição da renda per capita entre os três grupos não foi a mesma (p = 0,041). O grupo Aborto Provocado apresentou renda per capita inferior à que foi apresentada pelos grupos Nenhum Aborto e Aborto Espontâneo e com mediana abaixo de ½ salário mínimo.

Distribuição das mulheres segundo aborto e trabalho atual remunerado para o Total de Mulheres – Favela Inajar, 2005

Trabalho Remunerado	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	141 (50,0%)	19 (45,2%)	26 (51,0%)	186 (49,6%)
Sim	141 (50,0%)	23 (54,8%)	25 (49,0%)	189 (50,4%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375(100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,828$

Não houve Associação estatisticamente significativa entre os 3 Grupos. Cerca de 50% das mulheres dessa população trabalham com remuneração e 50%, não (donas de casa ou desempregadas). A mesma proporção foi identificada quanto a Trabalho Remunerado (sim ou não) para o Total de Mulheres com Gestação.

“Chefe” de Família

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 3: Distribuição das mulheres segundo aborto e “chefe da família” atual (composição familiar) – Favela Inajar, 2005

Chefe da família	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Entrevistada	63 (22,34%)	10 (23,8%)	16 (31,4%)	89 (23,73%)
Marido	115 (40,78%)	26 (61,9%)	23 (45,1%)	164 (43,73%)
Outros	102 (36,17%)	6 (14,3%)	12 (23,5%)	120 (32,0%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	373 (100,0%)

2 entrevistas sem informação
Qui-Quadrado: – $p = 0,017$

De acordo com a Tabela 3 pode-se observar que houve associação estatisticamente significativa entre aborto e “chefe de família” ($p = 0,017$).

Obs: No grupo de mulheres com AP, 31,4% destas aparecem como “chefes da família” atualmente.

2) Para o total de Mulheres Com Gestação

Tabela 3G : Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e chefe da família – Favela Inajar, 2005

Chefe da família	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Entrevistada	55 (29,7%)	10 (23,8%)	16 (31,4%)	81 (29,1%)
Marido	104 (56,2%)	26 (61,9%)	23 (45,1%)	153 (55,0%)
Outros	26 (14,1%)	6 (14,3%)	12 (23,5%)	44 (15,8%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51(100,0%)	278 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,382$

De acordo com a Tabela 3 pode-se observar que não houve associação estatisticamente significativa entre aborto e chefe da família ($p = 0,382$). Nos grupos NV e AE foi observado que, entre as mulheres com gestação, o chefe da família é o marido em 56,2% e 61,9%, respectivamente; em AP somente 45,1% o são.

Nos grupos NV e AP cerca de 30% das mulheres com gestação são “chefes da família”.

Obs:

perg. = pergunta do Questionário

Origem (migração) (perg. 2)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 4: Distribuição do total de mulheres segundo aborto e origem – Favela Inajar, 2005

Origem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Norte	1 (0,4%)	-	-	1 (0,3%)
Nordeste	136 (48,2%)	30 (71,4%)	29 (56,9%)	195 (52,0%)
Centro-Oeste	2 (0,7%)	1 (2,4%)	-	3 (0,8%)
Sudeste	14 (5,0%)	1 (2,4%)	1 (2,0%)	16 (4,3%)
Sul	1 (0,4%)	2 (4,8%)	-	3 (0,8%)
São Paulo	126 (44,7%)	8 (19,0%)	21 (41,2%)	155 (41,3%)
Exterior	2 (0,7%)	-	-	2 (0,5%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Teste da Razão de Verossimilhanças – $p = 0,047$

Através do Teste da Razão de Verossimilhanças foi observada associação estatisticamente significativa entre origem e aborto ($p = 0,047$). Como não há diferença estatisticamente significativa entre a distribuição de aborto e as regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul, e Exterior ($p = 0,265$), essas “regiões” foram agrupadas e renomeadas como Outras. Dessa forma a distribuição de aborto segundo origem (migração) pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição do total de mulheres segundo aborto e migração – Favela Inajar, 2005

Origem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Nordeste	136 (48,2%)	30 (71,4%)	29 (56,9%)	195 (52,0%)
São Paulo	126 (44,7%)	8 (19,0%)	21 (41,2%)	155 (41,3%)
Outras	20 (7,1%)	4 (9,6%)	1 (1,9%)	25 (6,7%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,010$

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher pode-se observar associação

estatisticamente significativa entre Origem e Aborto ($p = 0,010$).

Tabela 5a: Distribuição do total de mulheres segundo aborto e migração interna – Favela Inajar, 2005

Origem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
São Paulo	126 (45,0%)	8 (19,0%)	21 (41,2%)	155 (41,6%)
Fora São Paulo	154 (55,0%)	34 (81,0%)	30 (58,8%)	218 (58,4%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	373 (100,0%)

2 questionários excluídos (exterior = Bolívia)
 $p = 0,006$

Excluindo-se 2 entrevistadas oriundas do Exterior, através do teste do Qui-Quadrado pode-se observar associação estatisticamente significativa entre origem (migração interna) e aborto ($p = 0,006$).

2) Para o Total de Mulheres com Gestação

Através do Teste da Razão de Verossimilhanças foi observada associação marginalmente significativa entre origem e aborto ($p = 0,095$), para o total de mulheres com gestação. Como não houve diferença estatisticamente significativa da distribuição de aborto para as regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul, e Exterior ($p = 0,155$), essas regiões foram agrupadas e renomeadas como Outras. Dessa forma a distribuição de aborto segundo origem pode ser observada na Tabela 5G.

Tabela 5G : Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e origem – Favela Inajar, 2005

Origem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Nordeste	107 (57,8%)	30 (71,4%)	29 (56,9%)	166 (59,7%)
São Paulo	61 (33,0%)	8 (19,1%)	21 (41,2%)	90 (32,4%)
Outras	17 (9,2%)	4 (9,5%)	1 (2,0%)	22 (7,9%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,096$

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher pode-se observar novamente que mesmo agrupando as regiões com distribuição estatisticamente não significativa, ainda assim a associação entre origem das mulheres com gestação e aborto permaneceu marginalmente significativa ($p = 0,096$).

O grupo Aborto Espontâneo, p.ex., apresentou uma maior proporção de mulheres com gestação oriundas da região Nordeste, entretanto o teste estatístico não foi capaz de evidenciar tal associação.

Tabela 5G 1: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e origem – Favela Inajar, 2005

Origem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
São Paulo	61 (33,0%)	8 (19,1%)	21 (41,2%)	90 (32,4%)
Fora São Paulo	124 (67,0%)	34 (80,9%)	30 (59,8%)	188 (67,6%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

$p = 0,072$

Através do teste do Qui-Quadrado pode-se observar mais uma vez associação marginalmente significativa entre origem e aborto ($p = 0,073$). Refez-se também o teste excluindo-se as duas mulheres com procedência do Exterior e o teste apresenta p-valor igual a 0,072.

Cor/Etnia (perg. 3)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 6: Distribuição das mulheres segundo aborto e cor/etnia – Favela Inajar, 2005

Cor / Etnia	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Branca	98 (34,7%)	10 (23,8%)	11 (21,6%)	119 (31,7%)
Negra	38 (13,5%)	5 (11,9%)	15 (29,4%)	58 (15,5%)
Parda/Mulata	144 (51,1%)	27 (64,3%)	25 (49,0%)	196 (52,3%)
Outra	2 (0,7%)	-	-	2 (0,5%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,062$

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher, observou-se associação marginalmente significativa entre aborto e cor/etnia ($p = 0,062$). Como na amostra verificou-se a presença de duas mulheres estrangeiras (categoria Outra), refez-se o teste excluindo-as da amostra com o intuito de avaliar se elas estavam influenciando no resultado final. Pode-se observar que com essa exclusão, a associação que antes era marginalmente significativa tornou-se estatisticamente significativa com $p = 0,026$, como apresentado na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição do total de mulheres segundo aborto e cor/etnia – Favela Inajar, 2005

Cor / Etnia	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Branca	98 (35,0%)	10 (23,8%)	11 (21,6%)	119 (31,9%)
Negra	38 (13,6%)	5 (11,9%)	15 (29,4%)	58 (15,5%)
Parda/Mulata	144 (51,4%)	27 (64,3%)	25 (49,0%)	196 (52,6%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	373 (100,0%)

2 questionários excluídos (Outra)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,026$

Realizou-se uma partição da Tabela 7, observando-se que a distribuição de cor/etnia do grupo AE não se mostrou diferente da distribuição observada para o grupo Nenhum Aborto ($p = 0,297$) nem da distribuição de cor/etnia para o grupo AP ($p = 0,110$). Já ao se comparar a distribuição de cor/etnia do grupo Nenhum Aborto com a do grupo AP observa-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,014$), ou seja, no grupo AP, quando esse grupo é comparado ao grupo NA, observa-se uma menor proporção de mulheres brancas, conseqüentemente, o grupo AP apresenta uma maior concentração de mulheres negras + pardas.

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 7G : Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e cor/etnia – Favela Inajar, 2005

Cor / Etnia	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Branca	57 (30,8%)	10 (23,8%)	11 (21,6%)	78 (28,1%)
Negra	30 (16,2%)	5 (11,9%)	15 (29,4%)	50 (18,0%)
Parda/Mulata	96 (51,9%)	27 (64,3%)	25 (49,0%)	148 (53,2%)
Outra	2 (1,1%)	-	-	2 (0,7%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,062$

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher observou-se associação marginalmente significativa entre cor/etnia e aborto entre as mulheres com gestação ($p = 0,062$).

Se as %s apresentadas nesta tabela 7G forem comparadas com a tabela 7 do total de mulheres veremos que o padrão mantém-se o mesmo; porém o teste não conseguiu evidenciar essa diferença, ao se adotar uma significância de 5%.

Escolaridade (perg. 4)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 8: Distribuição do total de mulheres segundo aborto e escolaridade – Favela Inajar, 2005

Escolaridade	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Analfabeta	13 (4,6%)	4 (9,5%)	3 (5,9%)	20 (5,3%)
1º Grau incompleto	126 (44,7%)	24 (57,1%)	35 (68,6%)	185 (49,3%)
1º Grau completo ou +	143 (50,7%)	14 (33,3%)	13 (25,5%)	170 (45,3%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,003$

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher pode-se observar associação estatisticamente significativa entre escolaridade e aborto ($p = 0,003$). Observando-se a Tabela 8 nota-se que os grupos AE e AP apresentaram distribuição semelhante de escolaridade o que foi ratificado através da Generalização do Teste Exato de Fisher ($p = 0,475$), ou seja, o grupo Nenhum Aborto apresentou distribuição de escolaridade diferente da apresentada pelos grupos AE e AP ($p = 0,001$). É possível notar que o grupo Nenhum Aborto apresentou mais de 50% das mulheres com escolaridade maior ou igual ao 1º Grau completo, enquanto nos grupos AE e AP observou-se que mais de 50% das mulheres apresentaram 1º Grau incompleto ou menos.

2) Para o total de mulheres com gestação

Tabela 8G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e escolaridade – Favela Inajar, 2005

Escolaridade	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Analfabeta	12 (6,5%)	4 (9,5%)	3 (5,9%)	19 (6,8%)
1º Grau incompleto	97 (52,4%)	24 (57,1%)	35 (68,6%)	156 (56,1%)
1º Grau completo ou +	76 (41,1%)	14 (33,3%)	13 (25,5%)	103 (37,1%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,247$

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre escolaridade e aborto ($p = 0,247$) entre as mulheres com gestação.

Aqui, ao se comparar a tabela 8G com a tabela 8 anterior pode-se perceber que, entre as mulheres com gestação e Nenhum Aborto, aumentou a porcentagem de mulheres analfabetas e com 1º Grau incompleto e diminuiu a porcentagem de mulheres com 1º Grau completo ou mais. Isso fez com que essa distribuição ficasse mais próxima da apresentada pelas mulheres com AE e AP, mas ainda assim o padrão de diferenças que já foi observado na Tabela 8 do total de mulheres permanece o mesmo.

Religião (perg. 6)

Não houve associação estatisticamente significativa entre aborto e religião ($p = 0,280$), sendo que, pelo observado, aproximadamente 91% das entrevistadas declararam alguma religião. Em relação ao Tipo de Religião, no entanto, encontrou-se associação.

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 9: Distribuição das mulheres segundo aborto e tipo de religião – Favela Inajar, 2005

Qual Religião	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Católica	141 (50,0%)	23 (54,8%)	28 (54,9%)	192 (56,5%)
Evangélica	114 (40,4%)	13 (31,0%)	12 (23,5%)	139 (40,9%)
Outras	3 (1,1%)	3 (7,1%)	3 (5,9%)	9 (2,6%)
Total	258	39	43	340

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,024$
 Total = 91% das entrevistadas que têm religião

De acordo com a Tabela 9, pode-se observar que a religião mais freqüente entre as entrevistadas é a Católica. Houve associação estatisticamente significativa entre tipo de religião e aborto ($p = 0,024$); através de uma partição do Teste Exato de Fisher verifica-se que os grupos AE e AP apresentaram a mesma distribuição para tipo de religião ($p = 0,881$), ou seja, o grupo Nenhum Aborto apresentou distribuição distinta da apresentada pelos grupos Aborto Espontâneo e Aborto Provocado ($p = 0,003$), que têm, por sua vez, um número menor de representantes Evangélicos e maior em Outras religiões que o primeiro grupo.

2) Para Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 9G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e tipo de religião – Favela Inajar, 2005

Qual Religião	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Católica	105 (60,7%)	23 (54,8%)	28 (54,9%)	156 (61,2%)
Evangélica	66 (38,2%)	13 (31,0%)	12 (23,5%)	91 (35,7%)
Outras	2 (1,1%)	3 (7,1%)	3 (5,9%)	8 (3,1%)
Total	173 (100,0%)	39 (100,0%)	43 (100,0%)	255 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,065$

De acordo com a Tabela 9G observa-se que a religião mais freqüente entre as entrevistadas é a Católica. Houve associação marginalmente significativa entre tipo de religião e aborto ($p = 0,065$); mesmo com esse resultado, prosseguiu-se a análise através de uma partição do Teste Exato de Fisher. Assim tornou-se possível verificar que os grupos Aborto Espontâneo e Aborto Provocado apresentaram a mesma distribuição para tipo de religião ($p = 0,881$), ou seja, entre as mulheres com gestação o grupo Nenhum Aborto apresentou distribuição distinta da apresentada pelos grupos AE e AP ($p = 0,005$). Os grupos Com Aborto apresentam uma proporção maior de Outras religiões e menor de Evangélicas.

(Se dividirmos a amostra em 2 grupos: Com Aborto e Sem Aborto, o teste de qui-quadrado mostra uma associação estatisticamente significativa, com $p = 0,020$ entre Aborto e tipo de Religião.)

Sexualidade e Reprodução

Uso de Contraceptivo (perg. 26 da História das Gestações)

Utilizou-se, inicialmente, a informação sobre o Uso de Contraceptivos (Sim ou Não) à época do 1º Evento e, após, sobre o Uso atual.

1) Para o Total de Mulheres à época do 1º Evento

Tabela 10: Distribuição do total de mulheres segundo aborto e uso de contraceptivo à época do 1º evento – Favela Inajar, 2005

Uso de contraceptivo à época do evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	129 (71,3%)	33 (78,6%)	33 (64,7%)	195 (71,2%)
Sim	52 (28,7%)	9 (21,4%)	18 (35,3%)	79 (28,8%)
Total	181 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	274 (100,0%)

Teste Qui-Quadrado – $p = 0,339$
 Não responderam: 4 mulheres

Não tiveram 1º Evento: 97 Mulheres Sem Gestação

De acordo com a Tabela 10 pode-se observar que nos três grupos avaliados a maioria das mulheres não utilizava contraceptivos à época do 1º evento. Não houve associação estatisticamente significativa entre uso de contraceptivo à época do evento e aborto ($p = 0,339$) por esse motivo.

Quando considerados todos os Eventos, à época de suas gestações, temos:

Não uso: – NV = 63,3% AE = 83,8% AP = 70,8%

2) Para Total de Mulheres Com Gestação atualmente (perg. 11)

Tabela 10 G : Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e uso de contraceptivo atual – Favela Inajar, 2005

Contraceptivo atual	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	108 (58,4%)	19 (45,2%)	26 (51,0%)	153 (55,0%)
Sim	77 (41,6%)	23 (54,8%)	25 (49,0%)	125 (45,0%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Teste Qui-Quadrado – $p = 0,246$

Nos 3 grupos (Total), em média, 45% das mulheres com gestação usa contraceptivo atualmente e 55% não utiliza nenhum método anticoncepcional; no grupo AP cerca da metade (50%) das mulheres declara fazer uso dele.

Tabela 10G1: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e “motivo do não uso” do contraceptivo, atualmente – Favela Inajar, 2005

Não pode engravidar	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Esta grávida	12 (17,7%)	1 (7,1%)	6 (40,0%)	19 (19,6%)
É esterilizada	53 (77,9%)	12 (85,8%)	7 (43,7%)	72 (74,2%)
Não consegue engravidar de novo	3 (4,4%)	1 (7,1%)	2 (13,3%)	6 (6,2%)
Total	68 (100,0%)	14 (100,0%)	15 (100,0%)	97 (100,0%)

81 questionários contêm a resposta “não usa contraceptivo” porém sem referência ao motivo
 Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,061$

Tabela 10G2: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e tipo de contraceptivo atual – Favela Inajar, 2005

Contraceptivo – tipo	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Pílula	38 (45,8%)	11 (42,3%)	10 (37,0%)	59 (43,4%)
Preservativo	29 (34,9%)	15 (57,7%)	15 (55,6%)	59 (43,4%)
Outros	16 (19,3%)	-	2 (7,4%)	18 (13,2%)
Total	83 (100,0%)	26 (100,0%)	27 (100,0%)	136 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,028$

Entre as mulheres que usam contraceptivo, observa-se que, para o grupo Nenhum aborto, o contraceptivo de escolha é o Oral (pílula) e que, para os grupos Com aborto, o Preservativo é o mais referido.

Nº Ideal de Filhos (perg. 12)

Nº ideal de filhos para o total de mulheres

Nº ideal de filhos	Nº M (%)
0	7 (1,8%)
1	42 (11,2%)
2	265 (70,7%)
3	48 (12,8%)
4	8 (2,1%)
5	3 (0,8%)
6	1 (0,3%)
10	1 (0,3%)
Total	375 (100,0%)

1) Para o Total de Mulheres

Distribuição das mulheres segundo aborto e nº ideal de filhos – Favela Inajar, 2005

Nº ideal filhos	Aborto			Total
	Nenhum	Espontâneo	Provocado	
0	6 (2,1%)	-	1 (2,0%)	7 (1,9%)
1	31 (11,0%)	3 (7,1%)	8 (15,7%)	42 (11,2%)
2	205 (72,7%)	32 (76,2%)	28 (54,9%)	265 (70,7%)
3	33 (11,7%)	5 (11,9%)	10 (19,6%)	48 (12,8%)
4 ou mais	7 (2,5%)	2 (4,8%)	4 (7,8%)	13 (3,4%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Teste da Razão de Verossimilhanças – $p = 0,232$

(Como a partir de 4 filhos temos poucas mulheres, agrupamos as categorias 4, 5, 6 e 10 em 4 ou mais filhos).

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Medidas descritivas do número ideal de filhos segundo aborto, para o total de mulheres com gestação – Favela Inajar, 2005

	Nenhum	AE	AP
Média	2,1	2,3	2,1
Desvio padrão	0,7	1,3	0,9
Mediana	2,0	2,0	2,0
Mínimo	0	1	0
Máximo	6	10	5
Nº obs. (278)	185	42	51

Mediana = igual para os 3 grupos (NV; AE; AP) = 2 filhos

Nº médio ideal de filhos para o total do grupo 0 = 2,10 (grupo Total Sem aborto)

Nº médio ideal de filhos para o total do grupo 1 = 2,22 (grupo Total Com aborto)

Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e nº ideal de filhos – Favela Inajar, 2005

Nº ideal filhos	Aborto			Total
	Nenhum	Espontâneo	Provocado	
0	3 (1,6%)	-	1 (2,0%)	4 (1,4%)
1	15 (8,1%)	3 (7,1%)	8 (15,7%)	26 (9,4%)
2	134 (72,5%)	32 (76,2%)	28 (54,9%)	194 (69,8%)
3	27 (14,6%)	5 (11,9%)	10 (19,6%)	42 (15,1%)
4 ou mais	6 (3,2%)	2 (4,8%)	4 (7,8%)	12 (4,3%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Teste da Razão de Verossimilhanças – p = 0,378

Nº de Nascidos Vivos (NV) (perg. 20 História das Gestações)

1) Para o Total de Mulheres

Distribuição das mulheres segundo aborto e nº de nascidos vivos – Favela Inajar, 2005

Nº filhos NV	Aborto			Total
	Nenhum	Espontâneo	Provocado	
0	104 (36,9%)	2 (4,8%)	4 (7,8%)	110 (29,3%)
1	58 (20,5%)	12 (28,6%)	7 (13,7%)	77 (20,5%)
2	47 (16,7%)	13 (30,9%)	17 (33,3%)	77 (20,5%)
3	40 (14,2%)	10 (23,8%)	11 (21,6%)	61 (16,3%)
4	17 (6,0%)	2 (4,8%)	6 (11,8%)	25 (6,7%)
5 ou mais	16 (5,7%)	3 (7,1%)	6 (11,8%)	25 (6,7%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Teste da Razão de Verossimilhanças – $p < 0,001$

0 (zero) NV = 97 mulheres sem filhos + 7 natimortos + 6 somente aborto = 110

(Como a partir de 5 filhos NV temos poucas mulheres, agrupamos as categorias 5, 6, 7, 8 e 10 em 5 ou mais filhos NV).

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e nº nascidos vivos – Favela Inajar, 2005

Nº filhos NV	Aborto			Total
	Nenhum	Espontâneo	Provocado	
0	7 NM (3,8%)	2 (4,8%)	4 (7,8%)	13 (4,7%)
1	58 (31,4%)	12 (28,6%)	7 (13,7%)	77 (27,7%)
2	47 (25,4%)	13 (30,9%)	17 (33,3%)	77 (27,7%)
3	40 (21,6%)	10 (23,8%)	11 (21,6%)	61 (21,9%)
4	17 (9,2%)	2 (4,8%)	6 (11,8%)	25 (9,0%)
5 ou mais	16 (8,6%)	3 (7,1%)	6 (11,8%)	25 (9,0%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Teste da Razão de Verossimilhanças – $p = 0,469$ NM = natimortos

Média NV grupo I (com aborto) = 2,5

Média NV grupo 0 (sem aborto) = 2,32

Total NV = 661

Média NV para todas as mulheres com gestação = 2,38

Defasagem (Nº Nascidos Vivos – Nº Ideal de Filhos)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela A: Distribuição das 375 mulheres segundo aborto e defasagem – Favela Inajar, 2005

Defasagem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
NV maior ideal	62 (22,0%)	11 (26,2%)	24 (47,0%)	97 (25,9%)
NV igual ideal	63 (22,3%)	16 (38,1%)	16 (31,4%)	95 (25,3%)
NV menor ideal	157 (55,7%)	15 (35,7%)	11 (21,6%)	183 (48,8%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p < 0,001$

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela B: Distribuição das 278 mulheres com gestação segundo aborto e defasagem - Favela Inajar, 2005

Defasagem	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
NV maior ideal	62 (33,5%)	11 (26,2%)	24 (47,0%)	97 (34,9%)
NV igual ideal	60 (32,4%)	16 (38,1%)	16 (31,4%)	92 (33,1%)
NV menor ideal	63 (34,1%)	15 (35,7%)	11 (21,6%)	89 (32,0%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,221$

Nº ideal filhos para o Grupo I, em média = 2,22

Nº NV para o Grupo I, em média = 2,5

Taxa de Gestações Grupo I = 4,15

Taxa de Gestações Grupo 0 = 2,4

Nº NV para o Grupo 0, em média = 2,32

Nº ideal filhos para o Grupo 0, em média = 2,03 (sem filtro)

Desejo de Engravidar (perg. 13)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 11: Distribuição das mulheres segundo aborto e desejo de engravidar (atual) – Favela Inajar, 2005

Desejo de engravidar	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	158 (56,4%)	31 (75,6%)	39 (76,5%)	228 (61,3%)
Sim	122 (43,6%)	10 (24,4%)	12 (23,5%)	144 (38,7%)
Total	280 (100,0%)	41 (100,0%)	51 (100,0%)	372 (100,0%)

3 mulheres não souberam responder (2 sem aborto e 1 com AE)
Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,003$

De acordo com a Tabela 11 pode-se observar que há uma maior proporção de “Desejo de Não Engravidar” entre mulheres com aborto do que entre mulheres sem aborto ($p = 0,003$).

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 11G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e desejo de engravidar – Favela Inajar, 2005

Desejo de engravidar	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	126 (68,9%)	31 (75,6%)	39 (76,5%)	196 (71,3%)
Sim	57 (31,1%)	10 (24,4%)	12 (23,5%)	79 (28,7%)
Total	183 (100,0%)	41 (100,0%)	51 (100,0%)	275 (100,0%)

3 mulheres não souberam responder (2 sem aborto e 1 com AE)
Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,506$

Contraceptivo de Emergência (CE) (pergs. 14 e 15)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 11T: Distribuição das mulheres segundo aborto e conhecimento do contraceptivo de emergência - Favela Inajar, 2005

Conhecimento do CE	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	89 (31,6%)	20 (47,6%)	15 (29,4%)	124 (33,1%)
Sim	193 (68,4%)	22 (52,4%)	36 (70,6%)	251 (66,9%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,099$

Mais de 50% das mulheres declararam conhecer o CE. Para o grupo AP, 70,6% referiram conhecê-lo.

Tabela 11 T-1: Distribuição das mulheres segundo aborto e uso do contraceptivo de emergência – Favela Inajar, 2005

Fez uso do CE	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	235 (83,6%)	38 (90,5%)	34 (66,7%)	307 (82,1%)
Sim	46 (16,4%)	4 (9,5%)	17 (33,3%)	67 (17,9%)
Total	281 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	374 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,005$
 Não respondeu = 1 mulher

Selecionando-se somente as mulheres com conhecimento do CE, obtém-se a seguinte distribuição:

Tabela 11T-2: Distribuição das mulheres segundo aborto e uso do contraceptivo de emergência – Favela Inajar, 2005

Fez uso do CE	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	146 (76,0%)	18 (81,8%)	19 (52,8%)	183 (73,2%)
Sim	46 (24,0%)	4 (18,2%)	17 (47,2%)	67 (26,8%)
Total	192 (100,0%)	22 (100,0%)	36 (100,0%)	250 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,005$ **2) Para o Total de Mulheres Com Gestação****Tabela 11TG:** Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e conhecimento do contraceptivo de emergência – Favela Inajar, 2005

Conhecimento do CE	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	64 (34,6%)	20 (47,6%)	15 (29,4%)	99 (35,6%)
Sim	121 (65,4%)	22 (52,4%)	36 (70,6%)	179 (64,4%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,167$ **Tabela 11TG1:** Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e uso do contraceptivo de emergência – Favela Inajar, 2005

Fez uso do CE	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	154 (83,2%)	38 (90,5%)	34 (66,7%)	226 (81,3%)
Sim	31 (16,8%)	4 (9,5%)	17 (33,3%)	52 (18,7%)
Total	185 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	278 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,007$

Ao se selecionar somente as mulheres com conhecimento do CE, obtém-se a seguinte distribuição:

Tabela 11TG2: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e uso do contraceptivo de emergência – Favela Inajar, 2005

Fez uso do CE	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	90 (74,4%)	18 (81,8%)	19 (52,8%)	127 (70,9%)
Sim	31 (25,6%)	4 (18,2%)	17 (47,2%)	52 (29,1%)
Total	121 (100,0%)	22 (100,0%)	36 (100,0%)	179 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,021$

Opinião sobre recorrência ao aborto (perg. 16)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 12: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto para pôr fim a uma gestação indesejada (não planejada) – Favela Inajar, 2005

Recorreria aborto	ao	Aborto			Total
		Nenhum	AE	AP	
Não		234 (85,1%)	35 (83,3%)	22 (44,0%)	291 (79,3%)
Sim		41 (14,9%)	7 (16,7%)	28 (56,0%)	76 (20,7%)
Total		275 (100,0%)	42 (100,0%)	50 (100,0%)	367 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p < 0,001$

Não responderam = 8 mulheres:- Nenhum=7; AP=1

De acordo com a Tabela 12, observa-se que há uma maior proporção do grupo AP que recorreria ao aborto (56%).

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 12G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto para pôr fim a uma gravidez indesejada – Favela Inajar, 2005

Recorreria ao aborto	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	154 (84,6%)	35 (83,3%)	22 (44,0%)	211 (77,0%)
Sim	28 (15,4%)	7 (16,7%)	28 (56,0%)	63 (23,0%)
Total	182 (100,0%)	42 (100,0%)	50 (100,0%)	274 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p < 0,001$

Não responderam = 4 mulheres

Observa-se uma associação altamente significativa ($p < 0,001$), entre mulheres com gestação segundo aborto e aceitação da recorrência ao aborto no caso de gestação indesejada (não planejada), com uma proporção maior de mulheres no grupo AP (56%).

Em que situação considera aceitável provocar o aborto (perg.17)

Malformação Fetal (perg. 17a)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 13: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto caso o feto tivesse malformação – Favela Inajar, 2005

Malformação do feto	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	106 (37,9%)	22 (52,4%)	10 (20,4%)	138 (37,2%)
Sim	174 (62,1%)	20 (47,6%)	39 (79,6%)	233 (62,8%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,006$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 13G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto caso o feto tivesse malformação – Favela Inajar, 2005

Malformação do feto	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	64 (34,8%)	22 (52,4%)	10 (20,4%)	96 (34,9%)
Sim	120 (65,21%)	20 (47,6%)	39 (79,6%)	179 (65,1%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,006$

Não responderam = 3 mulheres

Houve associação estatisticamente significativa tanto para o total de mulheres quanto para o total de mulheres com gestação. O grupo AP apresenta uma proporção maior de mulheres que recorreriam ao aborto no caso de malformação fetal.

Vida da Mãe em Risco (perg. 17b)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 14: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto se a vida da mãe corresse risco – Favela Inajar, 2005

Vida da mãe em risco	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	113 (40,4%)	19 (45,2%)	13 (26,5%)	145 (39,1%)
Sim	167 (59,6%)	23 (54,8%)	36 (73,5%)	226 (60,9%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,129$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 14G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto caso a vida da mãe corresse risco – Favela Inajar, 2005

Vida da mãe em risco	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	69 (37,5%)	19 (45,2%)	13 (26,5%)	101 (36,7%)
Sim	115 (62,5%)	23 (54,8%)	36 (73,5%)	174 (63,3%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,170$

Não responderam = 3 mulheres

Em ambas as tabelas, observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos e a variável “vida da mãe em risco”.

Problemas de Saúde da Mãe (perg. 17c)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 15: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto se a mãe tivesse problemas de saúde – Favela Inajar, 2005

Problemas de saúde da mãe	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	142 (50,7%)	24 (57,1%)	19 (38,8%)	185 (49,9%)
Sim	138 (49,3%)	18 (42,9%)	30 (61,2%)	186 (50,1%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,184$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 15G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto caso a mãe tivesse problemas de saúde – Favela Inajar, 2005

Problemas de saúde da mãe	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	91 (49,5%)	24 (57,1%)	19 (38,8%)	134 (48,7%)
Sim	93 (50,5%)	18 (42,9%)	30 (61,2%)	141 (51,3%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,205$

Em ambos os grupos, total de mulheres e total de mulheres com gestação, observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre NA, AE e AP e a variável “mãe com problemas de saúde”.

Estupro (perg. 17d)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 16: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto em caso de estupro – Favela Inajar, 2005

Estupro	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	89 (31,8%)	22 (52,4%)	8 (16,3%)	119 (32,1%)
Sim	191 (68,2%)	20 (47,6%)	41 (83,7%)	252 (67,9%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p < 0,001$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 16G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto em caso de estupro – Favela Inajar, 2005

Estupro	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	53 (28,8%)	22 (52,4%)	8 (16,3%)	83 (30,2%)
Sim	131 (71,2%)	20 (47,6%)	41 (83,7%)	192 (69,8%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Qui-Quadrado – $p = 0,001$

Não responderam = 3 mulheres

Em ambos os grupos, total de mulheres e total de mulheres com gestação, houve associação altamente significativa, com uma aceitação maior do grupo AP à recorrência ao aborto em caso de estupro.

Falta de Condições Econômicas (perg. 17e)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 17: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto em caso de falta de condições econômicas – Favela Inajar, 2005

Falta de Condições econômicas	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	255 (91,1%)	39 (92,9%)	33 (67,3%)	327 (88,1%)
Sim	25 (8,9%)	3 (7,1%)	16 (32,7%)	44 (11,9%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p < 0,001$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 17G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto em caso de falta de condições econômicas – Favela Inajar, 2005

Falta de Condições econômicas	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	162 (88,0%)	39 (92,9%)	33 (67,3%)	234 (85,1%)
Sim	22 (12,0%)	3 (7,1%)	16 (32,7%)	41 (14,9%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p < 0,001$

Não responderam = 3 mulheres

Família Completa (perg. 17f)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 18: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto no caso de a família já estar completa – Favela Inajar, 2005

Família já completa	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	260 (92,9%)	39 (92,9%)	37 (75,5%)	336 (90,6%)
Sim	20 (7,1%)	3 (7,1%)	12 (24,5%)	35 (9,4%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,003$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 18G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto no caso de a família já estar completa – Favela Inajar, 2005

Família já completa	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	169 (91,8%)	39 (92,9%)	37 (75,5%)	245 (89,1%)
Sim	15 (8,2%)	3 (7,1%)	12 (24,5%)	30 (10,9%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,008$

Não responderam = 3 mulheres

Mãe Solteira ou Sozinha (pergs. 17g, h)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 19: Distribuição das mulheres segundo aborto e se recorreriam ao aborto no caso da mãe ser solteira ou sozinha – Favela Inajar, 2005

Mãe solteira	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	262 (93,6%)	40 (95,2%)	39 (79,6%)	341 (91,9%)
Sim	18 (6,4%)	2 (4,8%)	10 (20,4%)	30 (8,1%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,010$

Não responderam = 4 mulheres

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 19G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto no caso da mãe ser solteira – Favela Inajar, 2005

Mãe solteira	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	171 (92,9%)	40 (95,2%)	39 (79,6%)	250 (90,9%)
Sim	13 (7,1%)	2 (4,8%)	10 (20,4%)	25 (9,1%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,015$

Tabela 19G1: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e se recorreriam ao aborto no caso da mãe ser sozinha – Favela Inajar, 2005

Mãe sozinha	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	170 (92,4%)	40 (95,2%)	37 (75,5%)	247 (89,8%)
Sim	14 (7,6%)	2 (4,8%)	12 (24,5%)	28 (10,2%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,003$

Aceitação Total do Aborto (perg. 17i)

1) Para o Total de Mulheres

Tabela 20: Distribuição das mulheres segundo aborto e aceitação total do aborto – Favela Inajar, 2005

Aceitação total aborto	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Não	264 (94,3%)	40 (95,2%)	39 (79,6%)	343 (92,5%)
Sim	16 (5,7%)	2 (4,8%)	10 (20,4%)	28 (7,5%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,006$

Não responderam = 4 mulheres

Observa-se através da Generalização do Teste Exato de Fisher uma associação estatisticamente significativa, com $p = 0,006$, entre os grupos e aceitação total do aborto; nota-se uma proporção maior de mulheres do grupo AP que refere aceitação total do aborto.

2) Para o Total de Mulheres Com Gestação

Tabela 20G: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e aceitação total do aborto – Favela Inajar, 2005

Aceitação total aborto	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	171 (92,9%)	40 (95,2%)	39 (79,6%)	250 (90,9%)
Sim	13 (7,1%)	2 (4,8%)	10 (20,4%)	25 (9,1%)
Total	184 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	275 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,015$

TABELA DE GESTAÇÕES (História das Gestações)

Fazem parte deste conjunto de Tabelas também as perguntas de nºs 1, 2 e 10 acima --> só para mulheres com gestação.

Condições do EVENTO por ocasião do mesmo (perg. 25)

Tabela 21: Distribuição das mulheres segundo aborto e condições do evento (onde ele ocorreu) – Favela Inajar, 2005

Condições do evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Casa	8 (4,5%)	40 (95,2%)	47 (92,2%)	95 (34,9%)
Hospital/Clínica	171 (95,5%)	2 (4,8%)	4 (7,8%)	177 (65,1%)
Total	179 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	272 (100,0%)

Teste Qui-Quadrado – $p < 0,001$

Não responderam: 6 mulheres de NV

De acordo com a Tabela 21 pode-se observar que enquanto no grupo Nenhum Aborto a maioria dos eventos (NV) se deu no Hospital em aproximadamente 95% dos casos (partos e cesáreas), nos grupos Aborto Provocado e Aborto Espontâneo a maioria dos eventos foi realizado ou sofrido em Casa. Através do Teste de Qui-quadrado, verificou-se associação estatisticamente significativa entre condições do evento (local de ocorrência) e grupos ($p < 0,001$). Ou seja, a distribuição de “condições do evento” dos grupos AE e AP não se diferenciou estatisticamente ($p = 0,377$), porém ao comparar-se a distribuição desses grupos com a apresentada pelo grupo NA (NV) houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Companheiro Fixo à época do EVENTO (perg. 28)

Tabela 22: Distribuição das mulheres segundo aborto e presença de companheiro fixo na época do evento – Favela Inajar, 2005

Companheiro fixo à época do evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	10 (5,5%)	-	12 (23,5%)	22 (8,0%)
Sim	171 (94,5%)	42 (100,0%)	39 (76,5%)	252 (92,0%)
Total	181 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	274 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p < 0,001$

Não responderam: 4 mulheres

De acordo com a Tabela 22 observa-se que nos grupos Nenhum Aborto e Aborto Espontâneo praticamente todas as mulheres declararam ter companheiro fixo à época do evento, enquanto no grupo Aborto Provocado somente 76,5% delas referiram ter companheiro fixo a essa ocasião. Através da Generalização do Teste Exato de Fisher constatou-se associação significativa entre as duas variáveis ($p < 0,001$). Com o objetivo de verificar-se onde se encontravam as diferenças, realizou-se uma partição da tabela acima que mostrou que os grupos Nenhum Aborto e Aborto Espontâneo não se diferenciaram quanto à distribuição da presença de companheiro fixo por ocasião do evento ($p = 0,215$). Esses grupos apresentaram uma maior proporção de mulheres com companheiro fixo quando comparada à apresentada pelo grupo Aborto Provocado ($p < 0,001$).

Decisão conjunta por ocasião do EVENTO (apoio do parceiro) (perg.29)

Tabela 23: Distribuição das mulheres segundo aborto e decisão conjunta em relação ao evento – Favela Inajar, 2005

Decisão conjunta para o evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	35 (19,3%)	não se aplica	38 (86,4%)	73 (32,4%)
Sim	146 (80,7%)		6 (13,6%)	152 (67,6%)
Total	181 (100,0%)		44 (100,0%)	225 (100,0%)

Teste Qui-Quadrado – $p < 0,001$

Não responderam: NV=4 AP=7

De acordo com a Tabela 23 observou-se que entre as mulheres com NV (sem aborto) a decisão foi conjunta para aproximadamente 81% delas, enquanto no grupo Aborto Provocado a maioria das mulheres relatou que a decisão não foi conjunta (86,4%), ou seja, que não recebeu apoio dos parceiros. Através do Teste Qui-Quadrado verificou-se associação estatisticamente significativa entre decisão conjunta (sim ou não) e grupos ($p < 0,001$).

Complicações relacionadas ao Aborto (morbidade)

Tabela 24: Distribuição para o total de mulheres segundo o tipo de aborto e complicações relacionadas ao aborto – Favela Inajar, 2005

Complicações Aborto	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não		7 (16,7%)	3 (5,8%)	10 (10,8%)
Sim	não se aplica	35 (83,3%)	48 (94,2%)	83 (89,2%)
Total		42 (100,0%)	51 (100,0%)	93 (100,0%)

Internações hospitalares = 82,79%

Pela Tabela, nota-se que, para as mulheres com aborto, 83,3% do grupo AE e 94,2% do grupo AP apresentaram complicações relacionadas ao aborto.

4 DISCUSSÃO

Como bem observado por Requena (1968), o estudo do aborto induzido, portanto do aborto inseguro sensu lato ainda mais, representa um desafio metodológico para a Epidemiologia. De início, devem ser enfatizados três pontos de diferentes naturezas: 1) no caso do aborto voluntário, o problema é resultado de uma decisão tomada pela mulher; é ela quem, em última instância, resolve se provoca ou não um aborto; 2) a exploração de associações explicativas, portanto, deve ser orientada por fatores pertinentes a disciplinas menos “conhecidas” dos epidemiologistas, como psicologia, sociologia, antropologia e outras; 3) na América Latina, o problema é complicado pela ilegalidade do aborto. Essas razões e outras mais, ligadas a fontes dos casos, à seleção de amostras, à escolha das medidas, ao tipo de estudo, e assim por diante, levam ao comprometimento da validade dos resultados que serão sempre estimativas, em uma aproximação da realidade.

Assim sendo, conduziu-se a Discussão a partir dos resultados obtidos, guardando-se, em relação a estes, um certo grau de parcimônia necessário à natureza do aborto inseguro, via de regra clandestino.

4.1 Frequências, Razões, Taxas e Proporções

A análise dos resultados aponta um alto número de abortos inseguros. Os dados obtidos mostram 144 abortos em uma população de 375 mulheres (excetuadas as recusas - sete) das quais 93 sofreram ou provocaram aborto (24,8%), com uma média de 1,55 abortos por mulher. As razões (quocientes) do total de abortos, portanto, foram de 38,4 para cada cem mulheres, para o total de mulheres, e 51,8 para cada cem mulheres, para o total de mulheres com gestação (144/375 e 144/278). Podem ser deduzidas daí as taxas por cada 1.000 mulheres.

Foram declarados Provocados 82 dos 144 abortos, referentes a 51 mulheres, e 62 foram declarados Espontâneos, referentes a 42 mulheres. A frequência relativa do Aborto Provocado (AP) foi de 13,6% (51/375) para o total de mulheres e de 18,3% (51/278) para o total de mulheres com gestação. Esta frequência é maior

que a de outras pesquisas domiciliares realizadas na cidade de São Paulo que encontraram, para Aborto Provocado, uma frequência de 8,3%, em Vila Madalena, 1986, e 4,5% na cidade de São Paulo, em 1993. (Silva,1992; 1998a).

Em contrapartida, é menor que a observada em levantamento sigiloso, o que minimiza omissões, com questionário auto-preenchido, realizado em Vila Madalena, 2000. Isso é sugestivo de que os dados sobre AP possam estar subestimados por omissões de resposta, apesar da relativa espontaneidade das entrevistadas e de sua aparente adesão ao levantamento.

Quanto às Proporções dos abortos AP e AE em relação ao total de abortos, tem-se:

$$AP = 82/144 = 56,94\% \quad e$$

$$AE = 62/144 = 43,05\%$$

Quatro fatores foram considerados para a inserção dos cálculos relativos ao Aborto Espontâneo (AE) nos resultados: a) os abortamentos espontâneos ocorreram em condições inseguras, em sua quase totalidade, sem assistência ou acompanhamento médico, a não ser quando das complicações de pós-aborto que requeressem hospitalização; b) uma grande parte das variáveis independentes, sobretudo as referentes a características grupais, apresentaram comportamento semelhante para os dois tipos de aborto; c) a porcentagem de complicações relacionadas ao aborto (morbidade), bem como de hospitalizações devidas a elas, foi elevada* para os dois tipos de aborto; d) é possível que um grande número dos abortos provocados omitidos encontre-se entre esses abortos declarados como espontâneos. (Martins et al., 1991)

Como se pode ver na Tabela 21, cerca de 93% das mulheres que sofreram abortamento espontâneo procuraram lidar com o episódio em casa, sem cuidados especiais e sem assistência médica, sendo que 83,3% dessas mulheres apresentaram complicações relacionadas ao aborto. (tab. 24)

No Brasil, não raras vezes, sobretudo entre as mulheres de baixo poder aquisitivo, os casos de abortamento espontâneo são tratados com negligência, por conta de preconceito e discriminação (parte-se do princípio de que foram provocados). "Quando uma mulher chega a um Hospital ou Maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de

um crime". (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2005)

Isso faz com que a paciente evite procurar o Hospital enquanto puder. E, em relação ao acompanhamento obstétrico de rotina, este está condicionado ao agendamento de consulta que pode levar de semanas a vários meses.

Quanto aos abortamentos provocados (AP), 82 em 51 mulheres, todos foram clandestinos e inseguros. Em mais de 95% dos casos, os abortos foram provocados na própria casa da entrevistada, em locais sem condições de higiene, sem assepsia, sem acompanhamento de qualquer espécie, e pelas próprias gestantes (a grande maioria) ou por pessoas sem a mínima capacitação profissional. Dos AP, apenas 6 (referentes a 4 mulheres) foram efetuados em Clínicas, sendo estas clandestinas, o oposto do observado por Silva em seus levantamentos efetuados na região de Vila Madalena – com população de poder aquisitivo mais elevado.

*A porcentagem de complicações, nos dois tipos de aborto, AP e AE, foi altíssima, e será discutida mais adiante.

4.2 Idade

Pela Tabela 1a, pode-se notar que 209 mulheres (76,8%) tiveram seus 1^{os} Eventos Vitais (NV, AE, AP) entre 13 e 24 anos (excetuados 7 NM declarados). No grupo Nenhum aborto (NV), 54,4% das mulheres tiveram o primeiro filho até os 20 anos. No grupo AP, entre 13 e 19 anos, 42% das mulheres provocaram o primeiro aborto, enquanto no grupo AE, entre 13 e 19 anos, 31% das mulheres sofreram o primeiro aborto.

50% das mulheres com AP provocaram o primeiro aborto até os 20 anos (de 13 a 20 anos inclusos), sendo que 34% o provocaram entre os 15 e 19 anos. 54% fizeram-no entre 20 e 34 anos (3 quinquênios); portanto o estrato quinquenal de 15 a 19 anos apresentou a maior concentração de mulheres com primeiro aborto provocado (AP), o que também ocorreu com o grupo de NV em relação ao primeiro filho, enquanto para AE o estrato de maior concentração foi o de 20 a 24 anos (35,7%). A associação foi estatisticamente significativa, com $p = 0,001$.

O primeiro evento deu-se aos 13 anos nos casos de NV e AP e aos 14 no caso do

AE. As médias da idade materna no 1º evento foram: 21,9 anos para AP, 20,3, para NV e 23,3 para AE. (Tab.1)

Vê-se, portanto, que nos diversos tipos de evento, incluindo-se o AP, as mulheres desta população eram, em sua maioria, muito jovens à época de sua ocorrência. Isto mostra-se compatível com o fato de que mais de 50% das jovens haviam iniciado sua vida sexual entre 11 e 16 anos; e praticamente sem medidas preventivas de uma possível gestação.

Pela partição do qui-quadrado para a tabela 1a, percebe-se que, tendo ocorrido a maioria dos eventos gestacionais ou vitais (NV, AE e AP) na faixa de 13 a 24 anos (76,8%) o grupo AP não se diferencia estatisticamente de forma significativa dos outros grupos nessa faixa etária. Apesar de o maior número de abortos ter ocorrido entre mulheres de 13 a 24 anos, e a frequência de mulheres com AP também ter sido maior nesse estrato, as mulheres com mais de 25 anos tiveram proporcionalmente mais abortos provocados (AP) que nascidos vivos (NV), demonstrando a utilização do aborto como controle da fecundidade.

33,3% das mulheres provocaram aborto antes de seu 1º nascido vivo, com uma média de idades de 17,8 anos nesta primeira gestação; 15,7% tiveram o 1º AP na 2ª gestação; 33,3% na 3ª; 18% na 4ª e seguintes. Portanto, nesta população, a maioria (66,6%) apresentou seu 1º AP após seu primeiro, ou primeiros, NV. Provavelmente a distribuição das mulheres com 1ºs AP apresentando dois picos de concentração idênticos, na 1ª e 3ª gestações, reflete mudanças, observadas, de estrutura familiar, como separações e novas uniões, além de controle do tamanho da família.

Das mulheres que declararam AE, 54,7% sofreram o 1º aborto na 1ª gestação.

No Brasil, a idade abaixo de 24 anos tem sido identificada como fator de risco para o aborto induzido da primeira gestação, sendo que este risco pode aumentar entre as mulheres com menos de 20 anos. O mesmo acontece em Cuba, cujo perfil do Aborto Provocado mostra-se semelhante ao brasileiro quanto à idade, e onde “as mulheres de 20-24 anos apresentaram 2,1 vezes mais risco de abortar na primeira gestação que as de 25 anos ou mais. Este risco aumentou para 3,3 vezes mais nas menores de 20 anos, ao compará-las com as de 25 anos ou mais: esta associação foi estatisticamente significativa”. (Alvarez-Vázquez et al., 1998)

Em outras populações de São Paulo, mas não de baixa renda, investigadas no sentido da detecção de características associadas ao aborto provocado, encontra-se associação entre pouca idade (mulheres jovens) e aborto. Silva (1998b) aponta sistematicamente essa associação em suas pesquisas com aborto provocado. Nesta população específica, uma população em situação de pobreza, com alta incidência de gestações na adolescência, a associação se faz entre os três tipos de eventos, NV, AP, AE, e idade, com predomínio das mulheres jovens nos três grupos, o que não descaracteriza a associação citada.

De acordo com o Banco de Dados, pode-se observar que entre os 13 e 24 anos ocorreram 57,3% dos AP, sendo que 30,5% deles antes dos 20 anos (13 a 19 anos). Para o grupo NV, tem-se 62,3% dos nascidos vivos entre 13 e 24 anos e, para o grupo AE, cerca de 71% dos abortos espontâneos ocorridos nessa faixa etária. Mais de 57% de todos os eventos, portanto, ocorreram até os 24 anos, caracterizando a precocidade da população responsável por eles.

Por outro lado, em outros países da América Latina essa tendência está se modificando e o Alan Guttmacher Institute (AGI), em sua publicação de 2001 (versão em espanhol) sobre o Panorama Geral do Aborto Clandestino na América Latina, ressalta que “a maior parte das mulheres latino-americanas que se submetem a abortos induzidos têm mais de 20 anos”, apresentando exemplos de frequências de até 87% de mulheres acima dessa idade, em diversos países; a principal finalidade desse comportamento ligado ao aborto seria o controle da fecundidade. Mudanças na realidade sócio-econômica desses países, que influem nas características sócio-demográficas associadas ao aborto inseguro em determinadas populações, e que não podem ser dissociadas da idade, tais como renda e escolaridade, ainda não ocorreram em todo o Brasil (deve-se salientar, também, que a maioria dos estudos citados na publicação de 2001 pelo AGI foram realizados com mulheres hospitalizadas, podendo este fato selecionar um segmento da população produzindo números diferentes).

4.3 Estado Civil

Deu-se preferência à análise do estado civil à época dos eventos, por ser esta

variável uma das possíveis definidoras da ocorrência ou não de um aborto provocado face à existência de gestação não planejada. A distribuição de abortos por estado civil varia, consoante a literatura especializada, de maneira notável, de acordo com a região estudada.

Foi citado antes que os grupos AP e AE, nesta população, mostraram-se homogêneos em relação a uma grande parte das variáveis; esta é uma variável perante a qual os dois grupos comportam-se de maneira oposta.

Observando-se a Tabela 2 nota-se que, enquanto no grupo AP, aborto provocado, 47,1% das mulheres estavam solteiras à época do 1º evento, nos grupos NV e AE mais de 40% das mulheres encontravam-se casadas. Ao se juntar as solteiras e separadas, ter-se-á 51% das mulheres do grupo AP claramente fora de união estável, ou sozinhas (sem companheiro), à época da indução dos abortos. Os grupos NV e AE assemelham-se estatisticamente em relação à distribuição do estado civil ($p = 0,145$), enquanto o grupo AP apresenta distribuição distinta dos outros dois grupos, com $p < 0,001$.

Quanto à situação “vivia junto”, união consensual, é de se pensar que esta adquire sentidos diferentes nos três grupos, com pesos diferentes em relação à estabilidade da relação de parceria, o que se torna mais fácil de compreender com a ajuda das Tabelas 22 e 23. Essas tabelas referem-se a questões que foram colocadas na “História das Gestações” com a finalidade de apreender-se um pouco das relações de gênero (ou desigualdades entre os sexos) nesta comunidade e sua associação com o aborto. Observa-se pela tabela 22 que nos grupos referentes a NV e AE praticamente todas as mulheres afirmam que possuíam companheiro fixo ao tempo de seus 1ºs eventos (94,5% e 100%), enquanto no grupo AP 76,5% fazem a mesma afirmação. Já na Tabela 23, pode-se notar que as mulheres com AP declaram que não tiveram apoio do parceiro em 86,4% dos casos, proporção semelhante à das que afirmam o oposto no grupo NV (81%), o que leva a uma reflexão sobre a natureza dessas relações e da possível diferença do papel das uniões consensuais nos dois grupos. Concluindo, a respeito do AP, 51% das mulheres estavam sozinhas (solteiras e separadas) no momento de seu 1º aborto e 86,4% do total delas não contou com o apoio de um parceiro em sua decisão de interromper a gestação ou de como fazê-lo.

Quanto a todos os eventos, tem-se, segundo o Banco de Dados por Gestaçã, para AP: em 43% dos abortamentos as mulheres encontravam-se solteiras, em 4% separadas, perfazendo um total de 47% de mulheres sozinhas. Em 34,1% dos AP, as mulheres “viviam junto”, e em 19,2% encontravam-se casadas. Repete-se, portanto, a mesma tendência, para a totalidade de AP, apresentada em seus primeiros eventos.

O Estado Civil, ou status marital, associado ao aborto, como já afirmado, varia muito conforme as regiões analisadas. Nos Estados Unidos e em Cuba, dois países com realidades sócio-econômicas e políticas distintas, o AP ocorre mais entre solteiras, como no Brasil. As mulheres solteiras, nos Estados Unidos, têm uma probabilidade mais de quatro vezes maior que as casadas de induzir um aborto. (Bankole et al., 2001)

A bibliografia levantada sobre Havana, Cuba, refere como fator de risco para o aborto induzido o fato de estar solteira ou unida consensualmente. (Alvarez-Vásquez, 1998)

Já em uma Revisão Mundial sobre aborto induzido, que contemplou países em que o aborto foi legalizado e países onde ele é restringido por lei, países desenvolvidos e países em desenvolvimento, realizada por Bankole et al., publicada em 2001, os autores concluem: “Em mais da metade dos países analisados, as mulheres casadas apresentam uma porcentagem mais alta de abortos que as mulheres solteiras. Uma vez grávida, no entanto, a mulher solteira tem maior probabilidade do que a casada de escolher o aborto”.

Por sua vez, o Alan Guttmacher Institute, em 1996, afirma que a maior parte das mulheres latino-americanas que se submetem a abortos induzidos são casadas; refere-se o levantamento efetuado a sete países que concentram acima de 70% da população dessa região. Embora bastante extensa, a pesquisa contém dados somente de mulheres hospitalizadas. De todos os estudos citados nessa pesquisa, somente no estudo referente ao Brasil a proporção de mulheres solteiras e separadas, ou divorciadas, ou viúvas, enfim fora de união estável, foi maior (62%) que a de casadas. (Wulf, Singh, 1996)

4.4 Renda Per Capita (RPC)

As pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, que fazem parte de famílias com renda per capita de até meio salário mínimo, no Brasil, são consideradas atingidas pela pobreza e exclusão social pelo Ministério do Desenvolvimento Social do Governo. Elas pertencem a “populações em situação de pobreza e indigência” e são as maiores vítimas da desigualdade social. Embora o melhor índice de avaliação dessa situação seja o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), não é fácil aplicá-lo a populações pequenas, pois ele envolve o conhecimento de outros indicadores como mortalidade infantil, longevidade ou esperança de vida ao nascer, escolaridade e taxa de analfabetismo, e a renda per capita da população. O IDH tem sido usado somente para países, estados e municípios, por enquanto.

(Obs: O Brasil está na 65ª colocação no ranking do IDH de 2005, o que indica Médio Desenvolvimento Humano.)

Um dos efeitos diretos que a desigualdade social produz é o elevado grau de vulnerabilidade de jovens situados em famílias com renda mínima e insuficiente para uma vida digna. Esses jovens vivem, em intensidade variada, um processo de exclusão social. (Assis, 1995)

Dentro do possível, procurou-se conhecer algumas condições da população estudada, tais como renda per capita e escolaridade e sua associação com o aborto.

A Renda Per Capita (RPC) avaliada através da Tabela de Composição Familiar, e coletada no momento da entrevista para cálculo posterior, foi a RPC mensal domiciliar atual. Não há meios de se ter acesso à RPC referente ao momento do evento, sabendo-se, no entanto, que esta era bem menor a essa época, segundo depoimentos das entrevistadas, sobretudo no grupo AP.

A Tabela de Medidas descritivas da Renda Per Capita atual para o total de mulheres mostra as seguintes médias por grupo: R\$ 241,00 para o grupo Nenhum Aborto (NV), R\$ 232,10 para o grupo AE e R\$ 173,60 para o grupo AP. A mediana, para o grupo AP, é de R\$ 134,50, portanto menor que $\frac{1}{2}$ SM. A RPC é significativamente menor, do ponto de vista estatístico, para o grupo AP, com $p =$

0,017. O mesmo se dá com a Tabela de Medidas descritivas da RPC para o total das mulheres com gestação. O que muda, retirando-se as 97 mulheres sem gestação da amostra, é a média referente ao grupo Nenhum Aborto, em que se encontram agora somente as mulheres com NV (e apenas 7 NM), com um valor mais baixo que o anterior: R\$ 221,20. A diferença do grupo AP volta a mostrar-se estatisticamente significativa com $p = 0,041$.

Inicialmente, deve-se ressaltar que as três médias são baixas, denotando a baixa renda desta população, e que elas se tornam ainda mais baixas se levado em consideração o custo de vida na cidade a que pertence. Depois, que as médias e medianas do grupo AP, menores ainda, abaixo de meio salário mínimo, permanecem inferiores ao longo dos anos, indicando alguma especificidade desse grupo.

Passando-se à Distribuição das mulheres segundo aborto e Trabalho Remunerado, percebe-se que nos três grupos cerca de metade (50%) das mulheres trabalham de forma remunerada atualmente e as outras não, ou por que estejam desempregadas ou por que exerçam o ofício de “donas de casa”.

Já na Tabela 3, para o total de mulheres, vê-se que 31,4% das mulheres do grupo AP são, hoje em dia, “chefes de família”, o que quer dizer que são responsáveis pelo sustento da casa, e 23,5% declaram como “chefe” outras pessoas que não “marido”, perfazendo um total de 54,9%. A diferença para com os outros grupos mostra-se estatisticamente significativa, com $p = 0,017$. Para o total de mulheres com gestação, Tabela 3G, o resultado do teste deixa de ser estatisticamente significativo, pois o grupo Nenhum (NV) passa a ter praticamente a mesma proporção de mulheres responsáveis pelo orçamento domiciliar, cerca de 30%, enquanto o grupo AP permanece com um valor menor que o dos outros dois grupos em relação a ter um companheiro, ou marido, responsável pelo orçamento doméstico (45,1%).

4.5 Escolaridade

Uma das formas de medir-se a escolaridade, um dos indicadores utilizado no cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) criado pelo Programa das

Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é utilizar-se como dados a taxa de analfabetismo e a média de anos de estudo dos indivíduos que compõem uma população.

A escolaridade, de certa forma, é representativa da renda, quando esta não pode ser medida, daí sua dupla importância.

O relacionamento complexo entre educação e outras características demográficas, preferências de fecundidade, contracepção e aborto é refletido nos padrões bastante diferentes encontrados nos poucos trabalhos em que esta informação está disponível. (Bankole, 2001)

Como exemplo da participação indireta da educação nas gestações e no aborto, pode-se citar o uso de contraceptivos que está intimamente relacionado ao grau de instrução da mulher. Neste sentido, as mais instruídas têm maior conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos e podem eleger os mais eficazes, ao contrário das menos instruídas. (Berquó, Faria, 1985; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 1994; McDevitt et al., 1996)

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde -1996 (PNDS-96), realizada pela BEMFAM com adolescentes de 15 a 19 anos, observou que, entre as jovens que ficaram grávidas alguma vez, 54% delas não tinham praticamente nenhuma instrução e 6% possuíam de 9 a 11 anos de estudo, indicando uma relação inversa entre nível de escolaridade e gestação em adolescentes. (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997)

Procurou-se analisar a relação entre nível de escolaridade e aborto na comunidade objeto de nossa pesquisa.

Tem-se, para o total de mulheres entrevistadas, o resultado da Tabela 8, em que os dados foram divididos em três categorias: analfabetas, 1º grau incompleto e 1º grau completo ou mais. O 1º grau incompleto, para as mulheres com aborto, representa cerca de 4 anos de estudo, ou menos.

Os grupos AE e AP apresentaram distribuição semelhante em relação à escolaridade, ratificada pela Generalização do Teste Exato de Fischer. O grupo Nenhum aborto apresentou distribuição de escolaridade diferente da apresentada pelos grupos AE e AP, com $p = 0,001$. Houve uma associação estatisticamente significativa entre escolaridade e aborto, com $p = 0,003$.

Pôde-se observar que o grupo Nenhum Aborto apresentou mais de 50% das mulheres com escolaridade maior ou igual ao 1º Grau completo, incluindo o nível superior, enquanto nos grupos AE e AP observou-se que mais de 50% das mulheres apresentaram 1º Grau incompleto, sendo que no grupo AP houve uma concentração bastante alta, 68,6%, de mulheres com esse nível de escolaridade, que se somada à proporção de analfabetas traduz-se em 74,5% de mulheres com baixo nível de escolarização.

A Tabela 8G apresenta a distribuição das mulheres com gestação, segundo aborto, e escolaridade. Ao serem retiradas as 97 mulheres sem gestação do grupo Nenhum (NV), deixa de haver uma associação estatisticamente significativa. Ao se comparar a tabela 8G com a tabela 8, pode-se perceber que, entre as mulheres com gestação e sem aborto, aumentou a porcentagem de mulheres com escolaridade nula (analfabeta) e 1º Grau incompleto e diminuiu a porcentagem de mulheres com 1º Grau completo ou mais; isso fez com que essa distribuição ficasse mais próxima da apresentada pelas mulheres com AE e AP. Mas, ainda assim, o padrão de diferenças que já foi observado na Tabela 8 do total de mulheres continua o mesmo, com cerca de 75% das mulheres do grupo AP apresentando nível de escolaridade desde nulo (analfabetas) até 1º grau incompleto (< 5 anos de estudo).

4.6 Migração (Origem)

“A história do povo brasileiro é uma história de migrações, na busca contínua de melhores condições de vida ou mesmo de sobrevivência. [...] Já em 1980, 40 milhões de brasileiros viviam em um local diferente de onde haviam nascido. Mais de 2/3 da população, no Brasil, mora em regiões urbanizadas. [...] Na comunidade Inajar, boa parte da população adulta é advinda de outros Estados, sobretudo da região Nordeste. [...] Os números são frios e escondem uma realidade bem mais dura: o migrante é aquele que perde sua raiz, seu chão natal, o contato com os parentes, os amigos, suas referências mais próximas. [...] O nordestino é o migrante brasileiro por excelência”. (Fusco, 2003)

A origem das mulheres, que traduz o fenômeno de migração interna pelo qual

passaram, mostra-se computada nas tabelas de 4 a 5G2. Desde o início foi observada, para o total de mulheres, associação estatisticamente significativa entre origem e aborto, com $p = 0,047$ (tab. 4). Em seguida, as diversas regiões que não apresentaram diferença estatisticamente significativa para a distribuição de aborto foram agrupadas e renomeadas como Outras.

Dessa forma a distribuição de aborto segundo origem (migração) pode ser observada na Tabela 5 e, através da Generalização do Teste Exato de Fisher, demonstrou-se associação estatisticamente significativa entre Origem e Aborto com $p = 0,010$.

Excluindo-se de Outras duas (2) mulheres que vieram da Bolívia, Exterior, chega-se à Tabela 5a com a divisão entre São Paulo e Fora de São Paulo. Através, então, do teste de Qui-Quadrado pode-se observar associação estatisticamente significativa entre origem e aborto, com $p = 0,006$.

Nota-se que de Fora de São Paulo tem-se quase 60% de mulheres do grupo AP e 81% do grupo AE, sendo que do Nordeste são 57% no grupo AP e 71,4% no grupo AE.

Para o total de mulheres com gestação a associação mostra-se marginalmente significativa. Isso se deve ao fato de o grupo Nenhum (NV), agora, apresentar uma proporção de mulheres oriundas do Nordeste até mesmo maior que o grupo AP e, por outro lado, uma proporção de mulheres de São Paulo menor que antes (tab. 5G).

Percorrendo-se o mesmo caminho feito para o total de mulheres, chega-se a um resultado marginalmente significativo com $p = 0,072$, para a associação entre origem e aborto, referente ao total de mulheres com gestação.

Não foram encontrados dados estatísticos, na literatura especializada, sobre a relação entre aborto inseguro, ou agravos à saúde da mulher, e migração no Brasil.

4.7 Cor/etnia

Só se tem meios de detectar a etnia prevalente na população estudada através da mensuração do número de mulheres de determinada cor, auto-classificada e

auto-declarada. (Em casos de dúvida, indagou-se sobre a ascendência familiar). (Guimarães, 2003)

A população negra brasileira em 2000, pelos dados censitários, correspondia a 45% do total. No entanto, os negros são 63% da população pobre e, entre os pobres, a maioria é mulher. (Jaccoud, Beghain, 2002)

Por que a preocupação com a etnia? Porque a pobreza no Brasil tem cor, sexo e etnia. “O baixo nível de renda restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença.” (Lopes, 2004)

De acordo com os resultados da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna no Brasil, de 2001, o Estado brasileiro estima a ocorrência anual de 3.000 a 5.000 casos de mortes maternas evitáveis, com variações entre diferentes estados e regiões. Nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), as mulheres apresentam-se especialmente vulneráveis à mortalidade e à morbidade maternas, sobretudo porque possuem os mais baixos rendimentos individual e familiar, as maiores limitações de acesso à saúde e à educação, além de apresentarem as piores condições de moradia e habitação. (Lopes, 2004)

As mulheres negras (afrodescendentes) têm menos acesso à educação, possuem status social mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso a métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar, ainda que não o desejem. Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas. (Laurenti et al., 2006)

Entre as causas de mortes maternas, nessas regiões, as principais relacionam-se às complicações do aborto inseguro, entre mulheres de 15 a 19 anos. Sofrem principalmente as mulheres pobres que não dispõem de recursos para financiar a assistência em clínicas privadas. (Ventura, 2003)

“O óbito por aborto pode acometer todas as mulheres, ocorrendo com mais frequência nas analfabetas e nas de escolaridade ignorada, que são as mais

pobres e negras”. (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2005)

Ser mulher, negra e pobre já é reunir em uma só pessoa três fatores de vulnerabilidade: desigualdades de gênero, desigualdades sociais, desigualdades étnico/raciais, e suas implicações. (Sant’Anna, 2001)

Como seria então a realidade de uma mulher, negra, pobre e migrante frente aos agravos à saúde da mulher, como o aborto?

Nesta pesquisa, verificou-se associação estatisticamente significativa entre aborto inseguro e cor/etnia.

As respostas à pergunta 3 da Entrevista encontram-se tabuladas nas tabelas de 6 a 7G. Inicialmente, para o total de mulheres, tem-se associação marginalmente significativa com $p = 0,062$. Excluindo-se 2 mulheres estrangeiras (bolivianas) que pertencem à categoria Outra, a associação torna-se estatisticamente significativa com $p = 0,026$ (tab. 7). Pode-se observar então que no grupo AE temos a proporção de 76,2% e no grupo AP 78,4% de negras e pardas (afrodescendentes). Do ponto de vista estatístico a importância da associação deve-se mais ao grupo AP.

Para o total de mulheres com gestação, portanto com a saída das 97 mulheres que nunca engravidaram, a associação apresenta-se com $p = 0,062$. Com o aumento da concentração de mulheres negras e a diminuição de brancas no grupo Nenhum (NV), apesar de o padrão não mudar, o teste não conseguiu evidenciar a diferença com o mesmo nível de significância.

4.8 Religião

Na maioria dos países da América Latina, a religião prevalente é a Católica. Segundo Requena, 1968, só este motivo, visto que o aborto é proibido por esse credo, já seria suficiente para indagar-se a influência da crença religiosa sobre a prática do aborto provocado. “No Rio de Janeiro e em Santiago, Chile, observou-se que entre as mulheres católicas a incidência do aborto induzido foi mais baixa que entre as mulheres sem religião, embora não significativamente diferente. No

entanto, as mulheres que se declararam, elas mesmas, como pertencentes a uma crença religiosa não-Católica, mostraram incidência ainda menor. No México, as mulheres não-Católicas e as sem religião apresentaram uma incidência mais alta que as católicas”. Embora dados de outros países não estivessem disponíveis a essa época, tais diferenças no comportamento de religiosas e não religiosas levam ao pensamento de que a religião seja um fator que deva ter sua importância, maior ou menor, no contexto cultural ao qual pertença. Seria importante também compreender o real significado da religiosidade ou crença de determinado grupo, sem o que não se consegue chegar a uma conclusão. Requena (1968) aponta a necessidade de uma exploração especial, particular, do tema.

Atualmente, mais de 30 anos depois, em uma pesquisa da Comissão de Cidadania e Reprodução (2003) (instalada no Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP), coordenada por Elza Berquó, tendo-se em vista que muitas lideranças religiosas pregam a proibição do aborto em qualquer circunstância, indagou-se a uma amostra representativa da população adulta brasileira, através de 2000 entrevistas aplicadas em 145 municípios, sobre a ampliação do direito ao aborto no Brasil. Nos Resultados tem-se:

- Os brasileiros seguidores de alguma religião são na sua maioria favoráveis ao não-retrocesso da legislação sobre aborto. São esses: 63% dos católicos, 53% dos evangélicos, 65% dos que adotam outras religiões e 70% de religiosos “não seguidores”. Sobre a ampliação propriamente dita do direito ao aborto, somente 10% dos entrevistados concordam com ela.

- “Os resultados sugerem que os entrevistados encaram a questão do aborto como decisão de foro íntimo e que a influência da religião não é central na sua percepção do problema”. (Berquó, 2003)

Voltando à comunidade Favela Inajar, encontrou-se:

Aproximadamente 91% das entrevistadas afirmaram ter alguma religião. Não houve associação estatisticamente significativa entre aborto e religião. Pela Generalização do Teste Exato de Fisher, em relação ao Tipo de Religião,

contudo, encontrou-se associação. A religião mais freqüente entre as entrevistadas foi a católica. Houve associação estatisticamente significativa entre tipo de religião e aborto com $p = 0,024$. (tab. 9)

Através de uma partição do Teste Exato de Fisher pôde-se verificar que os grupos Aborto Espontâneo (AE) e Aborto Provocado (AP) apresentaram a mesma distribuição para tipo de religião. O grupo Nenhum Aborto apresentou distribuição distinta da apresentada pelos grupos AE e AP ($p = 0,003$). No grupo AP aparece um número menor de representantes Evangélicos e maior de Outras que no primeiro grupo, o que evidencia um fator protetor da religião Evangélica à indução do aborto, independentemente de como ele atue.

*Para o total de mulheres com gestação, visto que a distribuição de mulheres com AE e AP é semelhante, o teste de qui-quadrado mostra uma associação estatisticamente significativa, com $p = 0,020$, entre aborto e tipo de religião, quando dividimos a amostra em 2 grupos: Sem Aborto e Com Aborto.

Com a distribuição habitual em 3 grupos, a associação passa a ser marginalmente significativa com $p = 0,065$ (tab. 9G). A religião mais freqüente entre as entrevistadas foi, novamente, a católica. Prosseguiu-se a análise através de uma partição do Teste Exato de Fisher e pôde-se perceber que os grupos Aborto Espontâneo e Aborto Provocado apresentaram a mesma distribuição para tipo de religião ($p = 0,881$), ou seja, entre as mulheres com gestação, o grupo Nenhum Aborto apresentou distribuição distinta da apresentada pelos grupos Aborto Espontâneo e Aborto Provocado ($p = 0,005$). Os grupos Com Aborto apresentaram, outra vez, uma proporção menor de Evangélicas, ainda menor no grupo AP.

Sexualidade e Reprodução

4.9 Uso de contraceptivo

Um declínio vertiginoso da fecundidade no Estado de São Paulo, entre 1980 e 2002, fez com que a taxa de fecundidade nesse Estado alcançasse o nível de reposição nos primeiros anos do novo milênio.

Em 1960, a taxa de fecundidade total (TFT) alcançava 4,69 filhos por mulher e

sua queda foi contínua nos anos seguintes. A partir de 1983 a fecundidade voltou a diminuir com rapidez, chegando a 2,33 filhos em 1991. Nos anos seguintes, a fecundidade estabilizou-se em torno de 2,3 filhos por mulher para, em seguida, apresentar uma diminuição no período 1998-2002. Assim, em 2000, a fecundidade era de 2,16 filhos e, em 2002, a taxa foi de 1,88 filhos por mulher, valor inferior ao nível de reposição (2,1). (Dados: Registro de Nascimentos, Fundação SEADE e IBGE)

Para o Município de São Paulo, a taxa foi de 1,97 em 2002.

Os resultados oficiais mostram que a redução da fecundidade é generalizada, pois ela está ocorrendo mesmo em áreas do Estado que apresentam baixo nível de desenvolvimento sócio-econômico, fenômeno também observado nas demais regiões do País. (Yazaki, 2003)

Os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), no período de 1986-1996, demonstram ter havido um aumento do uso de métodos anticoncepcionais no Brasil. Em 1986, 65,8% das “mulheres unidas” de 15 a 44 anos utilizavam um método anticoncepcional; em 1996, dez anos depois, 76,7% das “mulheres unidas”, entre 15 e 49 anos, usavam contraceptivos. (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997)

Essa proporção ultrapassa a média de 72% encontrada em países desenvolvidos. (Berquó, 1999) O aumento do uso de métodos anticoncepcionais nesses dez anos (1986-1996) deu-se principalmente às custas da esterilização feminina.

Em 1996, segundo o levantamento da BEMFAM, 40,1% das mulheres casadas ou unidas consensualmente, das 12.612 entrevistadas entre 15 e 49 anos, haviam sido submetidas à esterilização, em comparação a 26,9% em 1986.

Berquó (1999) observou que nesse período também houve aumento do uso de contraceptivos entre mulheres não unidas, sendo que o uso entre estas era três vezes mais freqüente do que entre as mulheres unidas, com o predomínio do uso da “pílula” entre as mulheres jovens.

O uso de métodos contraceptivos alcança em 4 estados referenciais do Nordeste, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia e Ceará, segundo a PNAD, 1996, 71%, 65%, 69% e 64%, respectivamente, sendo a esterilização o método de preferência para as mulheres unidas.

Ressalte-se que, segundo autores como Requena (1968), Paxman et al. (1993), Silva (2005), o aumento do uso de contraceptivos não inibe a ocorrência de abortos.

Para a Comunidade Favela Inajar tem-se uma população mista de São Paulo e imigrantes, sobretudo do Nordeste. Se a taxa de fecundidade, entre as mulheres, é esperada como alta, devido às condições de pobreza, por outro lado é limitada pela questão espacial dentro de uma metrópole densamente povoada. (Sawyer, 1998)

Foram obtidas as seguintes médias de NV para as mulheres com gestação:

Média NV grupo I (com aborto) = 2,5

Média NV grupo 0 (sem aborto) = 2,32

Média NV para todas as mulheres com gestação = 2,38

Quanto ao Uso de Contraceptivo, apresentam-se os resultados em 2 momentos: à época dos eventos e no momento da entrevista.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa à época do 1º evento, pois o não-uso de contraceptivos foi igualmente alto nos três grupos: 71,3% para NV, 78,6% para AE e 64,7% para AP. A maior diferença encontra-se entre os grupos AE e AP. (tab. 10)

Quando considerados todos os Eventos vitais, à época de suas gestações, temos:

Não-uso: NV = 63,3% AE = 83,8% AP = 70,8%

Para o total de mulheres com gestação (TMG), falhas no efeito do contraceptivo foram apontadas para 14,63% dos AP, 9,70% dos AE e 13,62% dos NV à época de todos os eventos, entre as que declararam ser usuárias de método contraceptivo (afora “esquecimento”, “descuido”, etc.).

Em relação ao uso atual de contraceptivos, para as mesmas mulheres, tem-se também um resultado equivalente para os três grupos, sem associação estatisticamente significativa. Note-se que, nos três grupos, cerca da metade (45%) usa contraceptivo atualmente e a outra metade não o usa. (tab.10G)

Quanto ao motivo do não-uso entre as 97 mulheres que o referiram (pergunta 11

do questionário), 74,2% delas foram “esterilizadas”, cerca de 20% encontram-se grávidas, e 6,2% referem “não conseguir engravidar novamente”. A associação entre a distribuição das mulheres com gestação, segundo aborto, e motivo do não uso do contraceptivo é marginalmente significativa com $p=0,061$, sendo que em AP aparece a menor proporção de mulheres “esterilizadas” (43,7%). (tab. 10G1)

Para a quase metade da população que usa contraceptivos, atualmente, entre as “mulheres com gestação”, tem-se associação estatisticamente significativa, com $p=0,028$, entre aborto e tipo de contraceptivo utilizado. Os grupos AE e AP declararam um uso maior de preservativos, e menor de “pílula” e de “outros”, que o grupo NV; é importante lembrar que, como contraceptivo, o preservativo masculino não é o mais eficaz.

4.10 Contraceptivo de Emergência

O contraceptivo de emergência (CE), também chamado de “pílula do dia seguinte”, está disponível no mercado brasileiro desde 1999, na forma de dose única, com apresentação em dois comprimidos de levornogestrel. Vendido em todas as farmácias do país, mediante receita médica, é distribuído pelo Ministério da Saúde aos serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência e, a partir de 2004, como parte dos contraceptivos oferecidos aos municípios pelo Programa de Planejamento Familiar. (Figueiredo, 2002; Figueiredo, Andalaft Neto, 2005)

Como concluíram Belzer et al. (2003), a utilização da contracepção de emergência não tem induzido ao menor uso do preservativo entre jovens. Ao contrário, serve como complemento desse no caso de “rompimento”, para evitar uma gestação não planejada.

Na Favela Inajar, em duas ocasiões diferentes, foi oferecido o CE à população com boa resposta à sua introdução. (Fusco, 2001)

Devido a essas experiências anteriores, foram formuladas as perguntas 14 e 15 do questionário aplicado às entrevistadas.

Na tabela 11T, tem-se para o total de mulheres segundo aborto e conhecimento do CE uma associação marginalmente significativa com $p=0,099$. No grupo AP

concentra-se o maior número de mulheres com o conhecimento do CE.

Quando indagado seu uso, tem-se uma associação com $p=0,005$, portanto estatisticamente significativa, e uma maior concentração de mulheres que já utilizaram o medicamento novamente no grupo AP (33,3%). (tab.11T-1)

Quando selecionadas somente as mulheres com conhecimento do CE, obtém-se a distribuição da tabela 11T-2, em que 47,2% das mulheres do grupo AP, que conhecem o contraceptivo de emergência, já fizeram uso dele, demonstrando uma boa aderência desse grupo à medicação. A associação é estatisticamente bastante significativa com $p=0,005$.

O mesmo ocorre com o total de mulheres com gestação. Inicialmente, para o conhecimento do CE não há associação, mas com um expressivo conhecimento desse no grupo AP (70,6%). Mais da metade dos três grupos NV, AE e AP informam conhecer a “pílula do dia seguinte”. (tab. 11G1)

Quanto a seu uso, encontra-se uma associação estatisticamente significativa com $p=0,007$ e predomínio dele no grupo AP (33,3%) (tab.11G2). Selecionadas somente as mulheres com conhecimento do CE, obtém-se uma associação com $p=0,021$, com um quarto das mulheres do grupo NV e cerca de metade do grupo AP referindo sua utilização. (tab.11G3)

A introdução do CE na comunidade, e seu fornecimento regular à população estudada, parece uma estratégia útil para minorar o problema do aborto inseguro.

4.11 Desejo de engravidar

A pergunta colocada às entrevistadas foi se gostariam de engravidar, pela primeira vez ou novamente. Ela é adjunta à pergunta sobre o número ideal de filhos, cuja mediana foi 2. (pág. 39)

Para o total de mulheres, em que se inserem as jovens que nunca engravidaram, vê-se, pela tabela 11, que há uma proporção maior de mulheres que **não** desejam engravidar nos grupos com aborto, cerca de 75% tanto para AP como para AE. Essa associação é estatisticamente significativa com $p=0,003$.

Em relação às mulheres com gestação, 40% delas apresentam um número de filhos acima do ideal, ou seja, 3 ou mais (pág. 41) e 71,3% do total não deseja

engravidar novamente. (tabela 11G)

Ao que tudo indica, essas mulheres necessitam de acesso a um método contraceptivo eficaz prontamente. (Westoff, 1981)

A proporção de mulheres com aborto que não deseja nova gestação continua acima de 75%, mas a associação deixa de ser estatisticamente significativa, graças à proporção de mulheres do grupo NV, 69%, que, agora mais próxima dos outros dois grupos, também não deseja mais engravidar. (tabela 11G)

4.12 Defasagem

Foi criada a variável Defasagem como sendo a diferença entre o número de nascidos vivos e o número ideal de filhos. (Silva, 1992)

DEFASAGEM = N° NV – N° IDEAL DE FILHOS

Com base nessa nova variável, denominada apenas Defasagem, pode-se observar que ficam estabelecidas as seguintes categorias:

- a) menor, quando o número de filhos nascidos vivos é inferior ao número de filhos declarado como sendo ideal, $NV < NI$;
- b) igual, quando há empate nos valores das duas variáveis, $NV = NI$;
- c) maior, quando se tem mais nascidos vivos do que o que se considera ideal, $NV > NI$.

Os filhos tidos são um bom indicador para a predição da fecundidade futura, enquanto o ideal avalia se há, ou não, necessidade de melhorar o acesso aos métodos contraceptivos. (Westoff, 1981)

Então, Defasagem = N° NV – N° I ou $NV - NI$

Para o total de mulheres (Defasagem - tabela A), tem-se uma proporção maior de mulheres com $NV > NI$ para o grupo AP, 47%. Para o grupo AE, uma concentração de 38,1% de mulheres com $NV = NI$. Para o grupo Nenhum (NV), uma concentração de 55,7% das mulheres com $NV < NI$. Os 3 grupos têm , portanto, comportamentos distintos em relação à Defasagem, com associação estatisticamente significativa entre Aborto e Defasagem ($p < 0,001$).

Para o total de mulheres com gestação, retiradas as sem gestação, os grupos AE e AP mantêm as mesmas proporções e o grupo Nenhum (NV) passa a apresentar

uma distribuição semelhante nas 3 categorias de Defasagem, e a associação deixa de ser estatisticamente significativa. (tabela B - Defasagem)

Na tabela A, referente ao total de mulheres, do Total, tem-se cerca de 25% (um quarto) com o número de filhos vivos igual ao considerado ideal, 26% com mais filhos do que queriam e quase 50%, ou metade, das mulheres que ainda não obtiveram o número de filhos desejado.

“O sensato seria que as mulheres recorressem ao abortamento provocado, fundamentalmente quando já possuíssem o número desejado de filhos.” (Silva, 1992)

Na tabela B, referente às mulheres com gestação, pelo Total, 33% têm o número de filhos desejado, pouco mais de um terço (35%) têm mais filhos que o desejado e 32% têm menos filhos que o desejado. Para o Total, já tendo sido retiradas as jovens que não têm filhos e que ainda devem querer tê-los, tem-se uma distribuição equilibrada, com cerca de 33% para cada categoria.

O grupo AP, com 47% das mulheres com um número maior de filhos do que o desejado, $NV > NI$, correria o risco de continuar a provocar abortos, como assinalado acima.

No entanto, nas pesquisas realizadas por Silva, verificou-se o resultado oposto, o que a autora atribuiu ao fato de os abortos provocados serem um fenômeno associado ao início da vida reprodutiva com um número “mais elevado (de AP) entre as mulheres que ainda não atingiram a fecundidade desejada”. (Silva, 1998b)

A se considerar por esse ângulo, deve-se notar pelas tabelas referentes ao Nº Nascidos Vivos que 110 mulheres (13 + 97) do total ainda não têm filhos e 77 têm apenas 1 filho NV, portanto 187, cerca da metade do total, ainda não chegou a ter o número ideal de 2 filhos.

Seja qual for o enfoque assumido sobre a avaliação de risco, essas mulheres deveriam ser inseridas em um Programa de Planejamento Familiar.

4.13 Opinião sobre recorrência ao aborto

Silva, em 1992, no Brasil, já afirmava que o comportamento do aborto provocado

guardava uma associação direta com o posicionamento das mulheres frente à recorrência ao aborto, de tal forma que a relação aborto/mulher apresentava seu valor mais elevado entre as mulheres sem quaisquer restrições à sua prática.

No extremo oposto, encontravam-se as mulheres que referiam aceitar a indução de um aborto apenas nos casos previstos por lei - estupro, risco de vida iminente para a mãe - e as mulheres com maiores restrições à prática do aborto.

Essa relação parece comprovada nesta pesquisa.

Tem-se, como resposta à pergunta 16 do questionário, inicialmente, os resultados expostos na Tabela 12: para o total de mulheres, a associação entre a distribuição das mesmas, segundo aborto, e a condição “se recorreria a um aborto para pôr fim a uma gestação indesejada” foi estatisticamente significativa, com $p < 0,001$. A proporção de mulheres do grupo AP que respondeu Sim a essa pergunta foi expressivamente mais alta (56%) que a dos dois outros grupos.

Para o total de mulheres com gestação, os resultados se repetiram com o mesmo nível de associação (altamente significativa - $p < 0,001$). (tab. 12G)

A questão 17 do questionário, com seus desdobramentos de a a I, tem suas respostas tabuladas nas tabelas de 13 a 20G. A pergunta principal é: “**em qual situação você considera aceitável provocar o aborto?**”.

Ver-se-á que os resultados para os dois totais, total de mulheres e total de mulheres com gestação, apresentam-se aqui muito parecidos, pois a distribuição dentro do grupo NV varia pouco para essa pergunta.

4.13.1 quando o feto tem malformação (a)

Observa-se, pela tabela 13, que a distribuição do total de mulheres segundo aborto e a variável “quando o feto tem malformação” apresentam uma associação estatisticamente significativa, com $p=0,006$ e uma proporção maior de mulheres do grupo AP que responderam Sim à questão: 79,6%. No grupo Nenhum, 62,1% e no grupo AE, 47,6%.

Para o total de mulheres com gestação, a situação se repete tendo a associação o mesmo $p=0,006$. (tab.13G)

Houve associação estatisticamente significativa tanto para o total de mulheres

quanto para o total de mulheres com gestação. O grupo AP apresenta uma proporção maior de mulheres que recorreriam ao aborto nesta situação, qual seja a de malformação fetal.

4.13.2 quando a vida da mãe corre risco (b)

Para o total de mulheres, tabela 14, não houve associação estatisticamente significativa entre distribuição das mulheres, segundo aborto, e a variável “recorreria ao aborto se a vida da mãe corresse risco”, com $p=0,129$; mesmo assim, a proporção de mulheres que respondeu Sim foi maior no grupo AP (73,5%). Para o total de mulheres com gestação, o resultado se repete com $p=0,170$ e a proporção no grupo AP mantém-se a mesma. (tab.14G)

Em ambas as tabelas, portanto, observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos e a variável “vida da mãe em risco”, embora a aceitação dessa condição como razão para a indução de aborto seja maior entre as mulheres do grupo AP. Mesmo sendo esta uma das condições previstas em lei para a permissão do aborto no Brasil, as mulheres apresentam dúvidas quanto à sua aplicabilidade.

4.13.3 quando a mãe tem problemas de saúde (c)

Novamente, não se encontrou associação entre a distribuição de mulheres, segundo aborto, para o total de mulheres e para o total de mulheres com gestação e a variável aceitação da indução de aborto se ocorrerem “problemas de saúde com a mãe”. Os p , respectivos, foram 0,184 e 0,205. Da mesma forma, a proporção de mulheres que respondem Sim à pergunta continua maior no grupo AP. (tabs. 15 e 15G)

4.13.4 estupro (d)

Para os dois totais, de mulheres e de mulheres com gestação, houve associação altamente significativa entre a distribuição de mulheres segundo aborto e estupro, com uma aceitação maior do grupo AP (83,7%) à recorrência ao aborto nesse caso, com $p<0,001$ e $p=0,001$. (tabs. 16 e 16G, respectivamente)

Esta é uma questão para a qual a resposta é, via de regra, majoritariamente

afirmativa nas pesquisas que a formulam.

4.13.5 quando não há condições econômicas de criar o filho (e)

Novamente para os dois totais, total de mulheres e total de mulheres com gestação, tem-se uma associação altamente significativa entre distribuição das mulheres e “falta de condições econômicas para criar o filho” com $p < 0,001$ nos dois casos. Embora a maioria responda Não nos três grupos, o grupo AP tem uma concentração de mulheres que responderam Sim (32,7%) de 3 a 4 vezes maior do que nos outros dois grupos. (tabs. 17 e 17G)

4.13.6 quando a família já está completa (f)

Para o total de mulheres, tab. 18, a distribuição das mulheres segundo aborto e a variável “família completa” apresentam uma associação estatisticamente significativa, com $p=0,003$. Da mesma forma que no item anterior, a proporção de mulheres que responderam Não à pergunta é alta, mais de 75% nos três grupos. Porém a concentração das que responderam Sim no grupo AP (24,5%) é acima de 3 vezes maior que a dos outros dois grupos (7,1%).

O mesmo ocorre para o total de mulheres com gestação, tendo a associação um $p=0,008$ e a proporção do grupo AP com resposta Sim, 24,5%, sendo cerca de 3 vezes a dos outros dois grupos. (tab. 18G)

4.13.7,8 quando a mãe é solteira, ou quando é sozinha (g, h)

Nos 3 grupos aparece o mesmo fenômeno de índice de concentrações altas para a resposta Não (mais de 79%) mas, quando comparado com os outros dois grupos, o grupo AP apresenta uma proporção de 3 a 4 vezes maior de mulheres com resposta Sim (20,4%). As associações são estatisticamente significativas nas três condições apresentadas nas tabelas 19, 19G e 19G1, com valores de p : $p = 0,010$, $p = 0,015$ e $p = 0,003$, respectivamente. Na tabela 19G1, “quando a mãe é sozinha”, a proporção de mulheres com resposta Sim, no grupo AP, é de 24,5%.

4.13.9 quando a mãe não deseja ter filhos por qualquer razão (i)

Esta pergunta coloca a aceitação irrestrita do aborto. Observa-se um

comportamento semelhante para os dois totais, mas com um resultado menos exuberante que o da pergunta 16 acima (sobre a aceitação do aborto frente a uma gestação indesejada). Para o total de mulheres, apresenta-se uma associação estatisticamente significativa entre a distribuição das mulheres segundo aborto e “aceitação total do aborto” com $p=0,006$. Os três grupos apresentam uma alta concentração de mulheres que responderam Não à proposta de aceitação total, mais de 79% (tab.20), mas a proporção de mulheres que responderam Sim no grupo AP (20,4%) é cerca de 4 vezes maior do que a dos outros dois grupos, AE e NV. Com o total de mulheres com gestação acontece exatamente o mesmo, sendo que a associação ocorre com um $p = 0,015$.

Obs: A pergunta, desdobrada em outras, foi direcionada especificamente ao Aborto Provocado, induzido, voluntário.

“O fato de que o aborto induzido é uma conseqüência direta da decisão da mulher, faz com que as generalizações devam ser restringidas a condições locais e temporárias”. (Requena, 1968)

Com esta frase, o autor relativiza os outros fatores, embora afirme que sua caracterização deva ser tentada, para ressaltar a importância da “vontade”, em si mesma, da mulher, e em situação.

Pelos resultados obtidos das respostas às questões 16 e 17, já expostos, pode-se perceber o quão o “posicionamento das mulheres frente ao aborto” como afirmado por Silva (1992), ou como a “decisão de foro íntimo” da conclusão de Berquó (2003), têm uma importância que não pode ser relegada a um plano de menor importância.

As mulheres do grupo AP, portanto as que já provocaram um ou mais abortos e o declararam, demonstram, estatisticamente, ter uma convicção maior que as dos dois outros grupos sobre a recorrência ao aborto e sobre os motivos que a justificam.

4.14 Complicações pós-aborto Inseguro (morbidade)

Conforme foi dito na Introdução, “o Aborto Inseguro expõe a mulher a riscos e complicações severas. Estes diminuem quando o aborto é feito em boas condições”. (Hardy, Alves, 1992)

Tietze e Henshaw (1986) já afirmavam que a incidência de complicações do aborto está relacionada com a forma como ele é realizado.

As complicações resultantes de abortos malfeitos podem levar à morte (Verardo, 1987) ou causar sérios danos à saúde da paciente, tanto quanto podem afetar as subseqüentes gestações, aumentando o risco de prematuridade, gravidez ectópica, abortamento espontâneo, e baixo peso ao nascer. (Schor, 1990)

O controle de tais complicações constitui um problema sério, principalmente para as mulheres residentes em comunidades pobres, com poucos serviços médicos disponíveis. (Ladipo, 1988)

Os riscos que uma mulher enfrenta ante um aborto inseguro são um reflexo da desigualdade social que prevalece no Brasil e na América Latina. Lamentavelmente, não se conta com dados sistemáticos e precisos para quantificar a morbidade do aborto exceto nos casos em que a mulher acode a um centro hospitalar e, mesmo assim, deve-se lembrar dos sub-registros. Um estudo realizado pelo Instituto Mexicano do Seguro Social mostra que 63% das internações de pacientes com problemas relacionados à gestação correspondem a complicações secundárias a um aborto, proporção altíssima, muito acima da causa de internação que lhe segue em freqüência, a hemorragia (19%). Todas as mulheres que, bem ou mal, resolvem seu problema em casa ou na comunidade (fora dos hospitais) não ficam registradas em nenhuma estatística oficial e, mesmo quando internadas por complicações pós-aborto, podem ser registradas como possuidoras de outras patologias. (Langer, 2002)

Além disso não são relacionadas as complicações de ordem psíquica: “Quando acompanhado de sentimentos de culpa e se levado a cabo em condições traumáticas, o aborto induzido também tem conseqüências psíquicas como quadros de depressão, de ansiedade e mesmo fóbicos. [...] Não existem, por enquanto, dados numéricos em nossa Região (América Latina e Caribe) que

permitam estimar a freqüência das complicações emocionais do aborto induzido, principalmente”. (Langer, 2002; Boemer, Mariutti, 2003)

Das complicações declaradas pelas mulheres que sofreram ou provocaram aborto, na população estudada, hemorragia foi a mais citada, seguida de infecção, concomitante ou não, e de abortamento incompleto. Das complicações posteriores, a maior incidência foi de anemia e, depois, “dificuldades para engravidar novamente”. Os casos de hemorragia cursaram com sintomas e sinais diversos, entre eles contrações, calafrios, tremedeira e febre, além de sangramento intenso por vários dias, causando alta demanda de internações hospitalares.

94,12% das mulheres que provocaram abortamentos (AP) e 83,3% das que sofreram AE referiram complicações pós-aborto e, do total dessas mulheres, 93 com 144 abortos (AP e AE), 77 declararam internação em algum (ou ao menos um) dos abortamentos (82,79%).

A média de abortos por mulher foi de 1,6 para AP e 1,5 para AE.

Pelo Banco de Dados por Gestação, referente à pesquisa realizada, pode-se perceber que mais de 60% das mulheres tinham de 13 a 24 anos, quando de suas internações.

A região onde está instalada a comunidade conta com pelo menos três Hospitais da Rede Pública. Exceto os poucos casos em que o abortamento se deu fora de São Paulo, as pacientes foram internadas nesses hospitais, preferencialmente em um deles, de acesso mais fácil, sendo que as internações variaram desde um mínimo de 24hs até um máximo de três semanas.

Note-se que a maioria dos abortos provocados foram auto-abortos com o uso de misoprostol, via oral, intra-vaginal, ou pelas duas vias, acompanhado de “chás” diversos. Em segundo lugar, foi apontado o uso de sonda ou outro objeto. Em 12 casos, foram relatados espancamento e agressões físicas outras.

Os estudos realizados no Brasil, e mesmo na América Latina, que contemplam a questão das complicações pós-aborto, foram via de regra efetuados a partir das internações em curso, com as pacientes já hospitalizadas, ou a posteriori, pelo levantamento de informações registradas, sendo por isso difícil a comparação dos presentes dados com os da literatura específica.

Entre 1999 e 2002, considerando-se as mulheres de 10 a 49 anos, tem-se para o Brasil um total de 989.156 internações hospitalares pelo SUS por diagnósticos de aborto registrados.

O gasto anual do SUS com internações decorrentes de aborto foi estimado em 10 milhões de dólares, em 2004, considerando-se a média de 238 mil procedimentos/ano, excetuados os casos de abortamento infectado que evoluem para septicemia e exigem internações prolongadas. (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2005)

Portanto o problema das complicações pós-aborto (ou sua morbidade) desdobra-se em vários outros pertinentes: à esfera da saúde propriamente dita da mulher; à possibilidade de atendimento pelos Serviços de Saúde; à sobrecarga hospitalar e ao custo das internações, principalmente.

Por mais diversas que sejam as estimativas das complicações por aborto nos países em que sua prática é ilegal, ou restritiva, os dados obtidos sempre contrastam com aqueles de abortos realizados em países cuja legislação permite o aborto e que, por conseguinte, se realizam em condições adequadas. (Langer-Glass, 2003)

4.15 Vulnerabilidade da população estudada

O conceito de Vulnerabilidade emergiu no início da década de 90, no campo da saúde, entre os que buscavam uma substituição para o termo “grupos de risco”, este mais especificamente utilizado de forma inadequada com referência à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

“Embora seja um recurso teórico aperfeiçoado no campo de estudos e pesquisas em AIDS, o conceito de vulnerabilidade não lhe é restrito.” (Lopes, 2005)

Tome-se, portanto, “emprestado” o conceito de vulnerabilidade.

“A Vulnerabilidade, de um modo geral, diz respeito ao nível de fragilidade, de desproteção, a que um indivíduo ou uma coletividade estão expostos.” (Mann, 1993)

O conceito de Vulnerabilidade foi desenvolvido por Mann e col. em três planos analíticos: individual, social e programático.

Vulnerabilidade Individual

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade ao agravo à saúde (no caso, o aborto inseguro); portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora, claramente, esse não seja suficiente. “O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, idade adulta e terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações. Portanto, ao avaliar a vulnerabilidade é importante considerar a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida.” (Mann et al., 1993)

Vulnerabilidade Individual

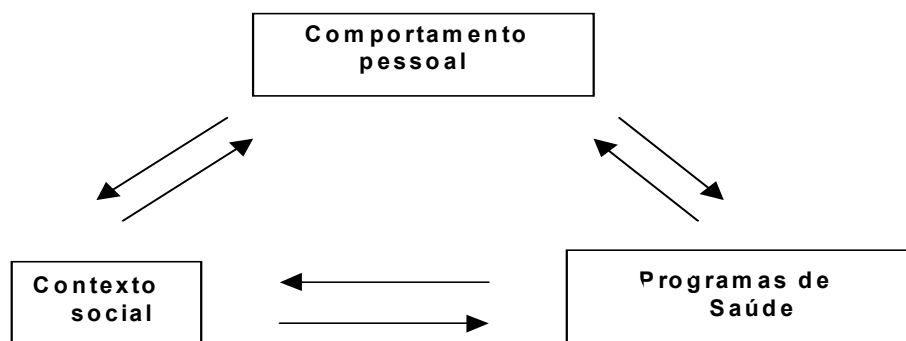
- em termos **absolutos**: indivíduo desprotegido
- em termos **relativos**: exposto a um risco maior do que a média
- em termos **epidemiológicos**: exposto a maiores graus de exposição ou exposto a mais “fatores de risco”
- em termos **médicos**: incapaz de avaliar o nível satisfatório e qualidade da assistência médica
- em termos **operacionais**: necessita de um maior grau de proteção e assistência
- em termos de **Direitos Humanos**: exposto ao risco de discriminação ou tratamento injusto que desafie princípios básicos de equidade e dignidade humana
- em **termos sociais**: privado de alguns ou todos os direitos ou serviços sociais
- em **termos econômicos**: devido a limitações financeiras, incapaz de ter acesso a nível satisfatório de assistência
- em termos **políticos**: incapaz de conseguir representação total ou - carente de poder político

São apresentadas várias definições para o conceito de vulnerabilidade individual, pelos próprios autores, conforme a área de enfoque.

O conceito de vulnerabilidade individual pressupõe suas conexões com o contexto social e programático.

[...] A princípio qualquer pessoa poderia qualificar sua situação frente aos fatores de vulnerabilidade individual...

Vulnerabilidade Individual e Suas Conexões



Mann, 1993

..."Para as coletividades, todavia, as situações sociais e programáticas extrapolam, muitas vezes, o limite da percepção e da possibilidade de transformação de cada pessoa isoladamente." (Ayres et al., 1999)

Vulnerabilidade Programática e Vulnerabilidade Social

Esses dois conceitos se interconectam com a vulnerabilidade individual, expressando a vulnerabilidade final a que está exposto o indivíduo e/ou a coletividade ou população.

“A medida da vulnerabilidade de uma pessoa seria, portanto, o resultado da intersecção desses diversos fatores.” (Werneck, 2001)

“A dimensão programática da vulnerabilidade é caracterizada pelos investimentos em ações e programas de informação, educação e saúde preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições.” (Lopes, 2005)

O sucesso das Políticas de Saúde, ou dos Programas, e seu impacto sobre as pessoas é determinado pela força do ambiente sócio-político, econômico e cultural que, por sua vez, fornece a dimensão social da vulnerabilidade, sumariamente descrita por:

- a) indicadores de saúde, *educação e renda;
- b) pelo IDH (índice de desenvolvimento humano) e pelo índice de pobreza e miséria;
- c) pelo acesso que os indivíduos e a coletividade têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e a outros equipamentos sociais;
- d) pela liberdade de expressão, representação e decisão;
- e) pela participação dos grupos nas estruturas de governo;
- f) pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, etnia/cor, gênero, orientação sexual e denominação religiosa.

*A Educação será influenciada por variáveis básicas como porcentagem de adultos alfabetizados e média de anos de escolaridade.

O conceito de Vulnerabilidade tem pouco mais de 10 anos; vem evoluindo com o tempo e dando abertura a novas colocações e leituras. O esboço colocado, porém, é suficiente para avaliar-se a vulnerabilidade individual/social, bem como a programática, na, e da, população estudada, ao aborto inseguro e aos agravos à saúde da mulher, por extensão. (Fusco, 2003; 2005)

Pelos Resultados e Discussão, desde a Frequência e “Taxas” relacionadas ao aborto, que se mostraram elevadas, passando-se pela idade precoce em que se dão os abortos e, portanto, também as gestações não planejadas, pelo status marital prevalente de mulheres sozinhas à época do evento, pelo índice de não-uso de contraceptivos, até a situação de pobreza revelada pela Renda Per Capita e pela escolaridade, menor que 5 anos de estudo nos grupos com aborto, já se pode notar a vulnerabilidade individual dessas mulheres referente ao aborto inseguro, mas não exclusiva dele. Essa se mescla à vulnerabilidade social como definida por Mann, desde a situação de pobreza e educação. A vulnerabilidade social é reforçada por questões de gênero que se refletem na falta de apoio do parceiro à época do abortamento; pelas desigualdades e discriminação associadas à cor/etnia representada pelos 76% de mulheres afrodescendentes dos grupos com aborto; pelos cerca de 70% de migrantes dos grupos AE e AP e suas dificuldades de inclusão social, e pela religião de 91% do total de mulheres, restritiva em relação ao aborto. Note-se que as desigualdades sociais, as desigualdades entre sexos ou de gênero, o racismo e a migração são as violências estruturais que, aqui, demonstram de forma eficiente sua relação com a vulnerabilidade. (Farmer, Furin, 1997)

A violência estrutural, como aponta Minayo, é “aquela que nasce no próprio sistema social, criando as desigualdades e suas conseqüências em [...] indivíduos e grupos, tornando-os mais **vulneráveis** que outros ao sofrimento, à doença e à morte.” (Minayo, 1994)

A vulnerabilidade programática revela-se pela falta de um Serviço de Planejamento Familiar eficiente oferecido a esta população em que, por exemplo, o não-uso de contraceptivos abrange mais de 70% das mulheres que sofreram ou provocaram um aborto (grupos AE e AP) e que, por sua vez, apresentam-se em uma proporção acima de 75% de mulheres que não desejam mais engravidar. Revela-se também pela falta de acesso a atendimento médico imediato ao abortamento espontâneo, que se transforma, assim, em inseguro, nessa comunidade. E por outras tantas causas conhecidas relacionadas aos sistemas de saúde e educação. A figura em si do aborto inseguro com as conseqüências decorrentes dele que, entre as mulheres em situação de pobreza, como foi mostrado, traduzem-se em taxas altíssimas de complicações e internações hospitalares (82,79%), quando não de mortalidade

materna, é um exemplo da dimensão programática da vulnerabilidade.

Assim sendo, pela somatória dos fatores expostos e pela conexão existente entre as vulnerabilidades presentes, conclui-se que a vulnerabilidade final, individual, social e programática desta população ao aborto inseguro é alta.

5 CONCLUSÕES

1. Encontrou-se, na população estudada, um alto número de abortos inseguros . Em relação ao aborto inseguro provocado (AP), a despeito de o maior número de abortos ter ocorrido entre mulheres de 13 a 24 anos, e a freqüência de mulheres com AP também ter sido maior nesse estrato, as mulheres com mais de 25 anos tiveram proporcionalmente mais abortos provocados (AP) que nascidos vivos (NV), demonstrando a utilização do aborto para controle da fecundidade.

Ainda, em relação ao AP, a maioria das mulheres que o induziu, de maneira insegura e clandestina, estava solteira, ou sem companheiro fixo, declarou maior aceitação à recorrência ao aborto no caso de gestação indesejada (56%) e não desejar engravidar novamente (76,5%).

2. As mulheres em situação de pobreza recorrem comprovadamente ao abortamento inseguro para regulação da fecundidade, como denotam as taxas de Gestação, e somente neste grupo populacional nota-se tão elevada porcentagem de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares (82,79%);

3. Foram encontradas, para o Total de Mulheres, associações estatisticamente significativas entre Aborto Inseguro e Renda/Escolaridade, Aborto Inseguro e Cor/Etnia, Aborto Inseguro e Migração Interna, e Aborto Inseguro e Não Apoio do parceiro – o que torna esta população especialmente vulnerável ao aborto inseguro frente às violências estruturais (desigualdade social, desigualdade de gênero, racismo e migração);

4. A vulnerabilidade individual, social e programática ao aborto inseguro e, por extensão, aos agravos à saúde da mulher, nesta população, mostrou-se elevada.

Pelo exposto, há que se pensar que os Programas de Planejamento Familiar devam dedicar especial atenção às populações em situação de pobreza, incluindo

a população estudada, por sua alta vulnerabilidade ao aborto inseguro.

Espera-se que esta pesquisa possa fornecer subsídios aos Serviços e Programas de Saúde, mais especificamente aos que se ocupam da Saúde Reprodutiva e dos Direitos Reprodutivos, do Planejamento Familiar e Contracepção, voltados à promoção de ações preventivas e de atendimento integral à saúde da mulher.

6 ANEXOS

Relação dos Anexos:

Anexo 1 - Tabela de composição Familiar

Anexo 2 - Questionário

Anexo 3 - História das Gestações

Anexo 4 - Comitê de Ética (Parecer)

Obs: Os Anexos encontram-se nas páginas finais.

7 REFERÊNCIAS

Adital. Aborto é a primeira causa de morte materna na América Latina [texto na Internet]. Fortaleza (CE): Adital; 2004 [citado 2006 Set 6]. Disponível em: <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=14936>

Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana [monografia en la Internet]. Nueva York: Alan Guttmacher Institute; 1994 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_AGISP.pdf

Alan Guttmacher Institute. Aborto inducido a nível mundial. New York: Alan Guttmacher Institute; 1999.

Alan Guttmacher Institute. Panorama general del aborto clandestino en América Latina. New York. Alan Guttmacher Institute; 2001.

Alvarez-Vázquez L, Cabezas-Garcia E, Langer-Glass A, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. Salud Publica Mex. 1998;40(3):265-71.

Andalaft Neto J, Rocha MIB. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó ES, organizadora. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 257-318.

Aquino EML, Barbosa RM, Heilborn ML, Berquó E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. Cad Saúde Pública. 2003;19 Supl 2:198-9.

Assis SG. Desigualdade e exclusão, atalhos para a violência [Internet]. Rio de Janeiro: Empresa Municipal de Multimeios da Prefeitura do Rio de Janeiro; 1995 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em: http://www.multirio.rj.gov.br/seculo21/texto_link.asp?cod_link=95&cod_chave=2&etra=c

Ayres JCRM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: 34; 1999. p. 49-72.

Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão mundial. Fam Plan Perspect. 2001

Belzer M, Yoshida E, Tejirian T, Tucker D, Chung K, Sanchez K. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. J Adoles Health. 2003; 32(2):122-3.

Berquó E, Faria V. Migrações e fecundidade em quatro contextos brasileiros. In: Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais. Reproducción de la población y desarrollo. Montevideú: Clacso; 1985.

Berquó E. Contraception and caesareans in Brazil: an example of bad reproductive health practice in need of exemplary action. Rev Estud Fem. 1999 [citado 2006 Set 6];7:26-37.

Berquó E, organizadora. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Boemer MR, Mariutti MG. La mujer en situación de aborto: un enfoque existencial. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(2):59-71.

Brasil. Código Penal: Decreto lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969. 4a ed. São Paulo: Saraiva; 1971.

Comissão de Cidadania e Reprodução. Ampliação do direito ao aborto no Brasil: pesquisa CCR IBOP [resumo]. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução; 2003 [citado 2006 Set 6]. Disponível em:
http://www.ipas.org.br/arquivos/CCR_Resumo_Ibope.doc

Dallari D. Direitos humanos: histórico, conceito e classificação. In: São Paulo

(Estado). Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Comissão de Justiça e Paz de São Paulo. Acesso ao tema da cidadania. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 1996. p. 3-5.

Farmer P, Furin J. Sexe, drogue et violences structurelles: les femmes et le VIH. *J Anthropol.* 1997;(68/69):35-47.

Figueiredo R. Relatório final da pesquisa de intervenção em contracepção de emergência e prevenção às DST/AIDS na Favela Monte Azul. Parte C. São Paulo: Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS; 2002.

Figueiredo R, Andalaft Neto J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Rev SOGIA [periódico na Internet].* 2005 [citado 2006 Jul 13];6(2):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.asbrabr.com.br/docs/ArtigoRevistaAndalaft.pdf>

Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos. Congresso recebe projeto pela descriminalização do aborto [texto na Internet]. Brasília: Fórum de Entidades Nacionais de Direitos Humanos; 1995 [citado 2006 Set 6]. Disponível em: http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=375&Itemid=2

Frejka T, Atkin L. El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina. *Salud Publica Mex [periódico na Internet].* 1990 [citado 2006 sept 6];32(3):276-86. Disponible en: http://www.factor digital.com.mx/rsp/articulos/articulo_pdf.php?id=001037

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. A fecundidade da mulher paulista. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1994 [citado 2006 Set 6]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/bs_1/documentos/pnds_1996/00frontmatter.pdf

Fusco CLB. Projeto-Comunidade Favela Inajar: contribuição à redução da contaminação pelo HIV entre mulheres jovens e adolescentes do sexo feminino.

In: Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS; 2001 Set 10-13; Cuiabá, MT. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 611-12.

Fusco CLB. Vulnerabilidade da mulher às DST/HIV/AIDS e violências estruturais. In: V Fórum Social Mundial; 2005 Jan 26-31; Porto Alegre, RS. Porto Alegre; 2005.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl:103-12.

Guimarães ASA. Como trabalhar com "raça" em sociologia. São Paulo: Educ Pesqui. 2003;29(1):1-16.

Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. Cad Saúde Pública. 1992;8(4):454-8.

Henshaw SK. Induced abortion: a world review, 1990. Fam Plann Perspect. 1990;22(2):76-89. Erratum in: Fam Plann Perspect. 1990;22(3):114.

Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. Int Fam Plann Persp. 1999;25(Suppl):S30-8.

International Safe Motherhood Conference; 1987 Feb 10-13; Nairobi, Kenya. Washington (DC): World Bank; 1987.

Jaccoud LB, Beghin N. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002 [citado 2006 Set 6]. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/TemasEspeciais/desigualdades/Parte1.pdf>

Ladipo A. Treatment of incomplete abortion: prevention and management of immediate complications. Paper presented at Women's health in the Third World: the impact of unwanted pregnancy. Second Christopher Tietze International Symposium; 1988 Oct 29-30; Rio de Janeiro, Brazil.

Langer A. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en

America Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2002;11(3):192-204.

Langer-Glass A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. Gac Med Mex. 2003;139(Supl 1):3-8.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Lima BGC. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health 7 (3); 2000

Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. Seminário saúde da população negra Estado de São Paulo 2004. Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101.

McDevitt TM, Adlakha A, Fowler TB, Harris-Bourne V. Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World [monograph on the Internet]. Washington (DC): U.S. Government Printing Office; 1996 [cited 2006 Sept 6]. [U.S. Bureau of the Census, Report IPC/95-1]. Available from: http://www.census.gov/ipc/prod/ipc95-1/ipc95_1.pdf

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores da edição Brasileira. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: ABIA; 1993. p. 275-300.

Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto CS. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. Cad Saúde Pública. 1991;7(2):251-66.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública. 1994;10 Supl 1:7-18.

Minayo MCS. Violências estruturais. In: Dossiê - Violência de gênero contra

meninas. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde; 2006.

Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Derechos reproductivos y salud reproductiva, párrafo 7.2. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995a. p. 37. [A/CONF-171/13/Rev.1].

Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, párrafo 8.25. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995b. p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1].

Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):376-82.

Osis MJD, Hardy EE, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. Rev Saúde Pública. 1996;30(5):444-51.

Paxman JM, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. Stud Fam Plann. 1993;24(4):205-26.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê aborto inseguro: direito de decidir sobre o aborto: uma questão de cidadania e democracia. In: Saúde da mulher e direitos reprodutivos. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001a.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê mortalidade materna. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001b.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Aborto: mortes

preveníveis e evitáveis: dossiê. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2005.

Requena M. Problem of induced abortion in Latin America. *Demography*. 1968;5(2):785-99.

Salomão AJ. Abortamento espontâneo. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 363-71.

Sant'Anna W. Desigualdades Étnico/Raciais e de Gênero no Brasil 27. *J Rede Fem Saúde*. 2001;(23):27-33.

Sawyer D. The society and its environment: population size and distribution. In: Hudson RA, editor. *Brazil: a country study* [monography on the Internet]. Washington: The Division: For sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O.; 1998 [cited 2006 ago 29]. Available fom: [http://lcweb2.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field\(DOCID+br0026](http://lcweb2.loc.gov/cgi-bin/query/r?frd/cstdy:@field(DOCID+br0026)

Schor N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1990;24(2):144-51.

Silva RS. Aborto provocado: sua incidência e características: um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no subdistrito de Vila Madalena [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992.

Silva RS. Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998a;32(1):7-17.

Silva RS. Recorrência ao aborto provocado. In: *Os jovens da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998b. p. 162-3.

Silva RS. O aborto provocado frente à contracepção e o declínio da fecundidade na Cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;1(9):9-29.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.

Tietze C, Henshaw SK. Induced abortion: a world review. 6a ed. Nova York: Alan Guttmacher Institute; 1986.

Ventura M, organizadora. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Advocaci; 2003 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em: http://www.advocaci.org.br/EnglishVersion/DSDR_portugues.pdf

Verardo MT. Aborto: um direito ou um crime? São Paulo: Moderna; 1987.

Volochko A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: Berquó ES, organizadora. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 229-53

Werneck J. A vulnerabilidade das mulheres negras. J Rede Fem Saúde. 2001;(23):53-8.

Westoff CF. Unwanted fertility in six developing countries. Int Fam Plann Perspect. 1981;7(2):43-52.

Wulf D, Singh S. Panorama general del aborto clandestino em América Latina. New York: Alan Guttmacher Institute; 1996.

Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. Estud Av. 2003;17(49):65-86.

Abstract

Unsafe abortion remains a serious Public Health issue. It is the main cause of maternal mortality in Latin America and the Caribbean (PAHO). In Brazil, 21% of maternal deaths are due to complications of unsafe clandestine abortion (WHO). Almost all of these deaths could be avoided if these abortions were not practiced clandestinely and in unsafe conditions. Due to the lack of epidemiological studies concerning unsafe abortions in poverty stricken populations there are no previous estimates of its real impact in reproductive health. **Purpose:** These considerations justify this project: a cross-sectional survey with the purpose of estimating the frequency of unsafe abortions and the identification of socio-demographic characteristics associated to such a occurrence, in a poverty stricken population. **Methods:** This survey was conducted at Favela Inajar de Souza, a community in the North Zone/ district of the city of São Paulo, Brazil. All the women aged from 15 to 54 years that lived in this community (census) were interviewed for this survey in the second semester of 2005. The data was collected through a structured questionnaire, with close-ended questions, in personal interviews conducted by trained interviewers, at the subjects' home. To investigate the associations between the dependent variable – unsafe abortion – and each of the independent variables the Chi-Square Test and the Fisher exact test were used for categorical variables, and analysis of variance was used for numeric variables. Analysis of the **results** indicated a high number of unsafe abortions - 144 declared abortions for a total of 375 women, with a ratio of induced abortions of 21.9 (82/375), which is greater than the ratio of induced abortions detected in previous door to door surveys conducted in the City of São Paulo. Even though a high number of abortions was detected, these data may still be underestimated. **Conclusions:** **1.** A high number of unsafe abortions was assessed in the studied population. Concerning unsafe induced abortion (IA), even though there was a higher number of abortions among women 13 to 24 years old and the number of women that declared IA in this group was larger, women over 25 years of age presented proportionally a higher number of IA than live births (LB), which indicates that abortion is used as a fertility control method by this population. Most women that declared unsafe and clandestine IA were single or had no stable union with partner; declared acceptance of recurrent abortions in case of unwanted pregnancy (56%), and that they did not wish a new pregnancy (76.5%). **2.** Women in a situation of poverty use clandestine abortion as a fertility control method, as indicated by pregnancy rates, and only in this population such a high rate of post-abortion complications was detected, resulting in hospital admissions in 82.79% of the analyzed cases. **3.** There were statistically significant associations between abortion and: income, educational level, internal migration, color/ ethnicity, and nonexistence of support from partner – findings that indicate that this population's high vulnerability to unsafe abortion is related to structural violence (social inequality, gender inequality, racism and migration). **4.** In the studied population a high individual/ social and programmatic vulnerability to unsafe abortion, and consequently to damages to women's health, was detected.

Bibliografia Consultada

Baltar MI, Andalaft Neto J. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó ES, organizadora. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 257-318.

Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2004 Set 20-24; Caxambu, MG. Campinas (SP): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004.

Boletín Estadístico del Ministerio de Salud Pública. Habana: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de la Salud Pública; 1993.

Boonstra HD, Gold RB, Richards CL, Finer LB. Abortion in women's lives [monograph on the Internet]. New York: Alan Guttmacher Institute; 2006 [cited 2006 July 13]. Available from:
<http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>

Camarano AA, Beltrão KL. Dinâmica demográfica por nível de renda. Rev Bras Estud Popul [periódico na Internet]. 1995 [citado 1996 Jul 13];12(1/2):[cerca de 16 p.]. Disponível em:
http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/r12/camarano.doc

Castro MG, Abramovay M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. Cad Pesqui. 2002;(116):143-76.

Comunicación e Información de la Mujer. El aborto em Cuba, uma decisión personal. Cima Noticias [periódico en la Internet]. 2003 Oct 28 [citado 2006 Jul 13]:[cerca de 2 p.]. Disponible en:
<http://www.cima Noticias.com/noticias/03oct/03102803.html>

Constance P. O outro lado da revolução reprodutiva. BIDAmerica [periódico na Internet]. 1997 Jul [citado 2006 Jul 13];(7):[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/1997/por/7d2.htm>

Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec; 1999.

Costa ARR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(7):455-62.

Figueiredo R, Peña M. Contracepção de emergência: opção contraceptiva em tempos de DST e AIDS? [monografia na Internet]. São Paulo: Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS; 2000 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/livroce.pdf>

Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 1996;30(1):13-8.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1991.

Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS. Aborto inseguro: um problema de saúde pública. São José dos Campos: GAPPA/SJC; 2001.

Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. Rev Saúde Pública. 2000;34(1):64-70.

Hakkert R, Martine G. Population, poverty and inequality: a Latin-American perspective. In: Population and poverty: achieving equity, equality and sustainability [monograph on the Internet]. New York: United Nations Population Fund; 2003 [cited 2006 July 13]. p. 101-25. [Series Population and Development Strategies, 8].

Hardy EE, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. Características atuais associadas à história de aborto provocado. Rev Saúde Pública. 1994;28(1):82-5.

Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect*. 1998;30(1):24-9, 46.

Human Rights Watch. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina [monografía en la Internet]. New York: Human Rights Watch; 2005 Jul [citado 2006 Jul 13]. Disponible en:
<http://hrw.org/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>

Juarez F, Cabigón J, Singh S. Unwanted pregnancies in the Philippines: the route to induced abortion and health consequences [abstract]. In: XXV International Population Conference of the IUSSP, 2005 July 18-23; Tours, FR. Princeton (NJ): Princeton University; 2005.

Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Mello Jorge MHP. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, Brasil, 1986. I. Metodologia e resultados gerais. *Rev Saúde Pública*. 1990a;24(2):128-33.

Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Mello Jorge MHP. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, Brasil, 1986. II. Mortes por causas maternas. *Rev Saúde Pública*. 1990b;24(6):468-72.

Melo HP. Gênero e pobreza no Brasil: relatório final do projeto Governabilidade democrática de gênero em América Latina y el Caribe [monografía na Internet]. Brasília: Comissão Econômica para América Latina Caribe; 2005 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em:
http://200.130.7.5/spmu/docs/GEneroPobreza_Brasil04.pdf

Milanesi ML. O aborto provocado: estudo retrospectivo em mulheres não-solteiras, de 15 a 49 anos, residentes no distrito de São Paulo, em 1965. São Paulo: EDUSP; 1970.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Moreira LMA, Dias AL, Ribeiro HBS, Falcão CL, Felício TD, Stringuetti C, et al. Associação entre o uso de abortifacientes e defeitos congênitos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(8):517-21.

Morte materna: uma tragédia que pode e deve ser evitada. *Cunhary Inf* [periódico na Internet]. 2004 Abr/Jun [citado 2006 Jul 13];(56):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>

Olinto MT, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Publica*. 2006;22(2):365-75.

Oliveira F. Um olhar feminista sobre o Cairo + 10. In: Caetano AJ, Alves JED, Corrêa S, organizadores. *Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil*. Campinas (SP): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. p. 59-70.

Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* [monografía en la Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf

Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Passini Junior R, Amaral E. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(9):579-84.

Pérez Santos R, Fabre Pérez JA, Rodríguez J, Harada L, Sardain G, García N. Algunos factores que inciden en la interrupción tardía de la gestación. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 1988;14(4):64-70.

Santee B. *Abortion in Brazil*. New York: National Institute for the study of human reproduction; 1976.

Santee BA. Prospective abortion study in Santiago, Chile. In: Pan American Health Organization. *Epidemiology of abortion and practices of fertility regulation in Latin America: selected reports*. Washington (DC): Pan American Health Organization; 1975. p. 30-8. [Scientific Publication, 306].

Silva RS, González de Morell MG. Aborto e anticoncepção: um estudo em São Paulo, Brasil. In: *Anais do Seminário Brasileiro de Demografia da International Union for Scientific Study of Population*; 2001 Ago 18-24; Salvador, BA. Campinas (SP): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2001.

Sorrentino SR, Lebrão ML. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. Rev Bras Epidemiol. 1998;1(3):256-67.

Souza VA. Desigualdade social e subcidadania no Brasil. Rev Sociol Polit. 2005;(24):247-50.

Souza VL, Correa MS, Souza S de L, Bezerra MA. O aborto entre adolescentes. Rev Lat Am Enfermagem. 2001;9(2):42-7.

Tietze C. Induced abortion, 1979. 3rd ed. New York: Population Council; 1979.

Torre G. Leyes restrictivas favorecen el aborto clandestino. Cimacnoticias [periódico en la Internet]. 2005 sept 20 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05sep/05092009.html>

Villela W. Análise da implementação do Cairo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas; 2006.

Wong LLR. Avaliação das informações sobre fecundidade da PNAD-84. In: Sawyer DO, organizadora. PNADs em foco: anos 80. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1988. p. 227-49.

World Health Organization. Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems [monograph on the Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2006 July 13]. Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: World Health Organization; 1998.