

**TÁSSIA FERREIRA SANTOS**

**ABORTO PROVOCADO E INSEGURO 20 ANOS DEPOIS DA  
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO, CAIRO, 1994: PREVALÊNCIA E  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – FAVELA MÉXICO 70,  
SÃO VICENTE – SÃO PAULO, BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do Título de  
Doutor em Ciências.

São Paulo  
2015

**TÁSSIA FERREIRA SANTOS**

**ABORTO PROVOCADO E INSEGURO 20 ANOS DEPOIS DA  
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO, CAIRO, 1994: PREVALÊNCIA E  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – FAVELA MÉXICO 70,  
SÃO VICENTE – SÃO PAULO, BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rebeca de Souza e Silva

**Coorientadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Linda Brasiliense  
Fusco

São Paulo

2015

Santos, Tássia Ferreira

**Aborto Provocado e Inseguro 20 anos depois da CIPD, Cairo, 94: prevalência e características sociodemográficas – Favela México 70, São Vicente – São Paulo, Brasil / Tássia Ferreira Santos. – São Paulo, 2015.**  
xv, 50f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva.

Título em inglês: Induced and unsafe abortion 20 years after the ICPD, Cairo, 94: prevalence and sociodemographic characteristics – Favela México 70, São Vicente – São Paulo, Brazil.

1. Aborto Induzido/Estatística & dados numéricos. 2. Aborto Criminoso/Estatística & dados numéricos. 3. Congressos como Assunto. 4. Fatores Socioeconômicos. 5. Brasil.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

Chefe do Departamento:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rebeca de Souza e Silva

Coordenador do Curso de Pós-graduação:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Agostinho Gimeno

**TÁSSIA FERREIRA SANTOS**

**ABORTO PROVOCADO E INSEGURO 20 ANOS DEPOIS DA  
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E  
DDESENVOLVIMENTO, CAIRO, 1994: PREVALÊNCIA E  
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – FAVELA MÉXICO 70,  
SÃO VICENTE – SÃO PAULO, BRASIL**

Presidente da banca:

Rebeca de Souza e Silva

---

**BANCA EXAMINADORA**

Jefferson Drezett Ferreira

---

Luis Patricio Ortiz flores

---

Katia Cibelle Machado Pirotta

---

Mônica Antar Gamba

---

## Dedicatória

*Dedico com toda a alegria ...*

*Aos meus pais e avós,  
por todo o amor, força e apoio nesta luta.*

*A toda minha família  
e amigos que acreditaram nesta jornada.*

*Aos profissionais e mulheres  
que permitiram a concretização deste trabalho.*

## **Agradecimentos**

Uma tese é feita de muitos sonhos e muitas pessoas, que por trás de cada sonho, diante de cada fraqueza humana, nos ajudam a caminhar, sendo assim, vamos começar os agradecimentos:

“Em algum lugar, pra relaxar  
Eu vou pedir pros anjos cantarem por mim  
Pra quem tem fé  
A vida nunca tem fim  
Não tem fim”

Acreditando na graça, mistério e fé que possuo, agradeço a Deus, que solidificou o meu caminho, não me deixando fracassar nem esmorecer durante essa trajetória.

Aos meus queridos pais, Mário e Roseane, pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim a todo instante, pelos exemplos de honestidade, determinação, companheirismo, bom humor e positividade, enfim, por todo o amor, certa de que sem vocês, eu não teria feito nem metade dessa caminhada.

Aos meus queridos avôs, Zeca e Marina, Erberto e Naize, por todo o amor, com sabor de doçura, já que dizem que ser avô é ser pai com açúcar, todo carinho e atenção durante esta jornada e por ser exemplo de retidão desde a infância; e estarem comigo em cada pequeno momento.

Ao meu Tio-Padrinho Willians e à minha querida Tia Cecília, por serem exemplos, e norteadores de todas as minhas escolhas profissionais, sempre com bons conselhos e orientações, sendo essenciais a cada passo que dei.

A minha querida Tia Kilza, que nesses exatos 6 anos de ausência física, ainda me acompanhou no começo desse sonho, quando era o mestrado e terminando esse ciclo de minha vida, dedico hoje esse trabalho a você tia Amada, e agradeço a Deus

por ter me dado a oportunidade de ter convivo com você o tempo que me foi merecido, saudades eternas!

Aos meus irmãos e primos: Inaê, Kauê, Theo, Bianca, Yane, Elys, Tayanne, Mítria e Filho pelo carinho, pelas risadas e docilidade, tenho grande esperança no futuro de vocês, lutem por seus sonhos, acreditem nos projetos do Senhor, e o mais ele o fará.

À Professora Rebeca minha orientadora, por me receber de braços abertos, pela sábia orientação, oportunidades e amizade;

À Dra. Carmen Fusco, que me co-orientou neste trabalho, certo dia eu pedi a Deus: Senhor, preciso de ajuda, ilumina o meu caminho, e ele trouxe você de presente pra mim, quase como uma mãe, teve paciência com as minhas limitações, me deu horas de orientação via Skype, sempre tolerante com a minha distância física e com os meus problemas pessoais e a grande carga horária de trabalho.

Ao Professor Adelson que me recebeu em Viçosa, e me trouxe experiência valiosa, sem a qual eu não teria trilhado esse caminho.

Aos membros da banca de Mestrado e qualificação de Doutorado, por todas as contribuições, para enriquecimento do trabalho.

Aos amigos de Viçosa e Rio, família escolhida, presentes nas alegrias e principalmente diante das adversidades: Amandita, Davidson, Paula, Nando, Tio Dário, Tia Glorinha, Wallace, Lari, Lála, Carol "Ksal", Moniket, Marcelinha, Popotinha e Társis, pela mais sincera amizade e apoio, vocês moram no meu coração!

A querida amiga Roseli, que tão bem me recebeu quando cheguei a Sampa, ajudou a encontrar lugar para ficar e me deu meu primeiro colchão e travesseiro, muito obrigada pelo carinho.



Aos amigos João Eládio e Murillo por terem me recebido em todas as vezes que precisei voltar a SP, e dividido as angustias desses dias comigo.

Aos Amigos de sempre, que torceram pelo meu sucesso: Marlos, Marília, Aline, Jamille, Tia Cristina Leão, Valdici, Cardoso, Lima Júnior, Washington, Júnior Braga, Solange e Renato.

Aos amigos do mestrado e disciplinas de Doutorado, em especial, Milena, Lourdes, Larissa, Lília, Mavi e Gisele. Obrigada por todo o carinho, pelas trocas de experiência e por todos os momentos de diversão.

Ao amigo Antônio Teles Júnior, por ter me cedido seu tempo e paciência, para que pudéssemos revisar os meus resultados, rodar testes e ainda gentilmente disponibilizou a versão 17 do SPSS para que eu trabalhasse em casa.

Aos não menos importantes, mas que acompanharam somente os 2 últimos anos desse processo, sendo tolerantes com minhas falhas, apoiando nas dificuldades e alegrando a minha vida, com muitas risadas, amigos: Israele, Keila, Luara, Marianne, Marina, Luana, Susane Picanço, Kirsten, Deuza Maria, Josienne, Fernanda, Suzane Lagoia, Sonaira, Rafaela, Camilo e Roberta.

Às minhas chefas nesse período, Márcia, Valéria e Arlete por cooperarem e facilitarem a conclusão desse trabalho. Em especial a quem está há mais tempo ao meu lado, minha querida chefe Arlete Vale, por nunca medir esforços para me apoiar e ajudar, muito grata pelo exemplo de compreensão, amizade e generosidade.

Aos queridos membros da banca de qualificação e posteriormente, defesa do Doutorado: Dr. Jefferson Drezett Ferreira, Dr. Luis Patricio Ortiz flores, Dra. Katia Cibelle Machado Pirotta e Dra. Mônica Antar Gamba, pelas contribuições oportunas, e me possibilitarem o aprimoramento deste trabalho.

A todos os funcionários, comissão coordenadora da Med-Prev e demais professores do Departamento e à Universidade Federal de São Paulo pela imensa oportunidade de aprendizado.

Às mulheres que responderam aos questionários, participando da pesquisa de forma voluntária, por acreditarem na seriedade do trabalho.

Ao Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) e todos os locais que estagiei, por toda a minha formação profissional.

À Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU) pelo fornecimento do cadastro dos domicílios e pelo apoio logístico.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho!

**MUITO OBRIGADA!!!**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto “Projeto Aborto provocado, fecundidade e contracepção: imbricações com a integralidade em saúde, relações de gênero e exclusão social – Cidade de São Paulo e na Favela México 70” do Departamento de Medicina Preventiva – UNIFESP”.

*"O valor das coisas não está no tempo que elas duram,  
mas na intensidade com que acontecem.  
Por isso existem momentos inesquecíveis,  
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis."  
(Fernando Pessoa)*

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vi
Lista de tabelas.....	xiv
Lista de abreviaturas.....	xv
Resumo .....	xvi
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 População estudada .....	7
1.1.1 Favela México 70.....	7
1.1.2 Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS).....	8
1.1.3 Campo - Condições de vida e saúde na favela México 70 .....	10
1.2 Justificativa .....	12
1.3 Hipótese .....	12
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos .....	15
<b>3. MÉTODOS .....</b>	<b>16</b>
3.1 Delineamento do estudo .....	17
3.2 Amostra .....	17
3.2.1 Procedimento da amostragem .....	17
3.3 Coleta de dados.....	17
3.3.1 Entrevistas na região .....	18
3.3.2 Seleção e treinamento das entrevistadoras .....	18
3.4 Variáveis a serem analisadas (Questionário em anexo) .....	18
3.4.1 Variável dependente – categorias.....	18
3.4.2 Variáveis independentes.....	19
3.5 Análise dos dados.....	20
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>

<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	<b>34</b>
<b>7. ANEXOS</b> .....	<b>36</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>
Abstract .....	51
Bibliografia consultada.....	52

## Lista de tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos das mulheres avaliadas - Favela México 70 - 2008 ....	24
Tabela 2. Análise Univariada das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TM.....	25
Tabela 3. Análise Univariada das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TMG .....	26
Tabela 4. Análise Múltipla das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TM - Favela México 70 - 2008 .....	27
Tabela 5. Análise Múltipla das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TMG - Favela México 70 - 2008 .....	28
Tabela 6. Frequência de AP por idade à época do 1º evento - Favela México 70 - 2008.....	29

## Lista de abreviaturas

<b>AE</b>	Aborto Espontâneo
<b>AI</b>	Aborto Inseguro
<b>AP</b>	Aborto Provocado
<b>CDHU</b>	Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano
<b>CIPD</b>	Convenção Internacional Sobre População e Desenvolvimento
<b>CSD</b>	Características Sociodemográficas
<b>DST</b>	Doença sexualmente transmissível
<b>IPVS</b>	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>RLM</b>	Regressão Logística Multinomial
<b>RLMM</b>	Regressão Logística Multinomial Múltipla
<b>RMBS</b>	Região Metropolitana da Baixada Santista
<b>RMM</b>	Razão de Mortalidade Materna
<b>RMSP</b>	Região Metropolitana de São Paulo
<b>AS</b>	Sem Aborto
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TM</b>	Total de Mulheres
<b>TMG</b>	Total de Mulheres com Gestaçã



## Resumo

Após 20 anos da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, a situação do aborto no Brasil permanece praticamente a mesma. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como finalidade calcular a prevalência de mulheres com aborto provocado e inseguro (AP) bem como as características sociodemográficas (CSD) a ele associadas em uma população de baixa renda. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, com amostra aleatória de mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, 860 mulheres ao todo, residentes na Favela México 70, em São Vicente - SP, efetuada no último trimestre de 2008. O método utilizado para a análise dos dados foi a regressão logística multinomial múltipla (RLMM) para determinar as principais variáveis independentes associadas à ocorrência de aborto provocado, com IC=95% e  $p < 0,05$ . As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa SPSS versão 17.0. **Resultados:** Entre as 735 mulheres de 15 a 49 anos que apresentaram histórico de gravidez, observou-se mediana de 2 gestações para as mulheres sem aborto e, para as mulheres que declararam aborto provocado (AP), 51 Mulheres, uma mediana de 4 gestações. Foi observada ainda média de 2,7 filhos nascidos vivos/mulher entre essas últimas. No modelo final de RLMM permaneceram as seguintes variáveis independentes categorizadas: “número de filhos NV > 2” (OR=4,0), mostrando que as mulheres com 2 ou mais filhos apresentam uma chance 4 vezes maior de provocar um aborto e “aceitação do aborto por falta de condições econômicas” (OR=11,5) o que indica que as mulheres sem condições econômicas de prosseguir na gestação e/ou criar mais um filho apresentam chance 11,5 vezes maior de provocar um aborto. **Conclusões:** Pode-se concluir que, por falta de um sistema eficaz de contracepção e de planejamento familiar, mulheres de baixa renda ainda hoje recorrem ao aborto provocado para a diminuição da própria fecundidade e do tamanho da família, frente a uma gestação inesperada, não pretendida ou inoportuna.



## 1. INTRODUÇÃO

---

Dois são os eventos comemorativos relacionados a abortamento e mortalidade materna a merecer destaque no biênio 2014-2015: Cairo +20 e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O primeiro diz respeito à Convenção Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo, em 1994, cujo Plano de Ação legitimou o conceito de Direitos Reprodutivos, reconhecido por 179 países. A CIPD estabeleceu também a definição de Saúde Reprodutiva e suas implicações, abrangendo temas como Aborto, Saúde Materna e Morbimortalidade associada à Reprodução, entre outros. Passados 20 anos da CIPD realizada no Cairo, a situação do aborto no Brasil permanece praticamente a mesma.<sup>(1)</sup>

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os problemas mundiais, estabeleceu um plano de metas, detalhadas em indicadores, que deveriam ser alcançadas até o ano de 2015, conhecido como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). O Objetivo 5 proposto, melhorar a saúde materna, apresenta a meta 6: reduzir em três quartos a razão de mortalidade materna (RMM). Mesmo com a queda da mortalidade materna no Brasil de 21% em 2011, referida pelo Ministério da Saúde em 2012<sup>(2)</sup> o país ainda está longe de alcançar a meta proposta.<sup>(3)</sup> O indicador de mortalidade materna aponta atualmente 64 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos (64/100.000nv) sendo que ao menos 8% dessas têm como causa o aborto inseguro (AI).<sup>(4)</sup> Assim, é de importância fundamental acompanhar as tendências à ocorrência de aborto provocado (AP), seguro ou inseguro, para avaliar a saúde materna e o progresso em direção ao objetivo 5, meta 6, de desenvolvimento do milênio para reduzir a RMM e atingir o acesso universal à saúde reprodutiva.<sup>(5)</sup>

Ao longo da última década, o Brasil apresentou um expressivo progresso observando-se uma queda de 60% nos níveis de pobreza extrema e mortalidade infantil quando comparados aos existentes há 10 anos, destacando-se assim do País, uma redução por década mais do que suficiente para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Apesar do notável crescimento em muitas áreas, o Brasil certamente ainda enfrenta grandes desafios. A mortalidade materna é de particular preocupação. Apesar da grande atenção e da grande quantidade de recursos alocados, a razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil permanece acima de 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a

meta era chegar, antes de 2015, a valores inferiores a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos.<sup>(6)</sup>

A Saúde Reprodutiva foi definida na Conferência Internacional do Cairo, 1994, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente como a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos.<sup>(7)</sup>

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.<sup>(7)</sup>

Saúde Reprodutiva implica o fato de que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura e de que tenham a capacidade de reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência fazê-lo. Implícitos nessa última condição estão o direito dos homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos seguros, efetivos, possíveis e aceitáveis para planejar a família de sua escolha, tanto quanto a outros métodos de sua preferência para regulação da fecundidade que não sejam contra a lei. Também estão nela implícitos 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 a obrigação de 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 ela é definido como uma constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuam com a saúde reprodutiva e bem-estar por meio da prevenção e solução dos problemas relacionados a ela. Isso 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 relacionados à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis.<sup>(7)</sup>

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; Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS); Transmissão Vertical de Doenças; Violência

Sexual e Doméstica; Fertilidade e Reprodução Assistida; Relações de Gênero; Ética e Reprodução; Direitos Reprodutivos.<sup>(1)</sup>

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.<sup>(8)</sup>

Esses direitos repousam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem, livre e responsavelmente, o número, o momento e o intervalo com que pretendem ter 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 de 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.<sup>(1)</sup>

São realçadas ainda no capítulo 7.3, do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre 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.<sup>(1)</sup>

O Plano de Ação da Conferência do Cairo, portanto, além de legitimar, por 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, 179 Estados reconheceram os direitos reprodutivos e os direitos sexuais como Direitos Humanos, concepção essa reafirmada pelas Conferências de Copenhague e Beijing, 1995).<sup>(9)</sup>

Ainda que não seja a principal causa da mortalidade materna, a alta e injustificável prevalência de abortos inseguros merece a mais profunda preocupação e reflexão, não obstante o notável esforço do Ministério da Saúde ao introduzir normas técnicas para a humanização do atendimento de mulheres em situação de aborto. A esse respeito, o Consenso de Montevideu certamente aponta caminhos para progresso nessa área.<sup>(6)</sup>

Após a descriminalização do aborto no Uruguai, em 2012, a primeira Reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento na América Latina e Caribe, celebrada em Montevideo, em 2013 (12 a 15/8\_2013) acatou o Consenso de Montevideo e firmou um acordo abrangente que definiu ações prioritárias em várias áreas, incluindo acesso à saúde sexual e reprodutiva, igualdade de gênero, direitos das pessoas jovens e a integração da população jovem no desenvolvimento.<sup>(10)</sup> Nos parágrafos 40 e 42 foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Eliminar as causas preveníveis de morbidade e mortalidade maternas, incorporando ao conjunto de cuidados dos serviços de saúde sexual e reprodutiva medidas para prevenir e evitar o aborto inseguro, que incluam a educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, o acesso a métodos anticoncepcionais modernos e eficazes e o assessoramento e atenção integral frente à gravidez não pretendida e não aceita e a atenção integral depois do aborto, quando requerida, assistida, com redução de riscos e danos.

- Assegurar, nos casos em que o aborto é legal ou está descriminalizado na legislação nacional, a existência de serviços de aborto seguro e de qualidade para as mulheres que possuem gestações não pretendidas, não aceitas ou inoportunas.<sup>(10)</sup>

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 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.<sup>(11)</sup>

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

médicos mais seguros. Entretanto, quando realizado por pessoas não qualificadas é considerado aborto inseguro.<sup>(12)</sup>

Aborto inseguro (AI) é definido como o “processo de interrupção de uma gestação não pretendida realizado por pessoas que não possuam o conhecimento profissional necessário, ou o processo de interrupção de uma gestação em um ambiente que não obedeça aos padrões médicos estabelecidos, ou ambos”.<sup>(13)</sup>

As incidência e prevalência de AP, seguro e sobretudo inseguro, variam mundialmente conforme tenham os países leis mais restritivas ou permissivas ao aborto. Nos países cujas leis são mais restritivas, como o Brasil, a grande maioria dos abortos são induzidos de forma clandestina e/ou sob condições de risco, sendo portanto inseguros, aumentando a morbimortalidade materna. Oficialmente, o AI é responsável por 70.000 mortes por ano globalmente, ou 13% do total de mortes maternas.<sup>(13)</sup> Observe-se que essas mortes são consideradas evitáveis, sendo o AI, como se sabe, uma grave questão de saúde pública. As mortes por aborto no Brasil, em sua maioria, são de mulheres jovens, pobres, de etnia negra e com baixo nível de escolaridade, denotando alto índice de iniquidades em saúde.<sup>(14, 15)</sup> E mais, mulheres em circunstâncias sociais de desvantagem apresentam uma probabilidade maior de experienciar uma gestação não pretendida, portanto também de provocar um aborto, do que as mulheres com recursos financeiros e sociais maiores.<sup>(16)</sup>

No Brasil, o aborto é a 5ª causa de mortalidade materna, podendo estar também incluído entre as causas anteriores, como hemorragia e infecção, o que o faria ser a 3ª ou 4ª causa. É admitido o aborto pelo Código Penal de 1940 em dois únicos casos: - I) se não há outro meio de salvar a vida da gestante e II) se a gravidez resulta de estupro.<sup>(17)</sup> Em 2012, foi julgada procedente pelo Supremo Tribunal Federal (STF) a arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) número 54, que permite a interrupção de gravidez de fetos anencéfalos, também chamada antecipação terapêutica do parto..<sup>(18)</sup>

Segundo estimativa da OMS (2012), ocorrem a cada ano: 208 milhões de gestações, sendo que 85 milhões são gestações não planejadas ou não pretendidas que terminam em 46 milhões de abortos induzidos. Portanto, 54,1% das gestações não pretendidas terminam em aborto induzido (provocado). Desses 46 milhões de abortos induzidos, 22 milhões são inseguros (47,8%), com 98% deles praticados em



países com leis restritivas em relação ao aborto. Ainda segundo a OMS, cerca de 5 milhões de mulheres passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais como resultado das complicações decorrentes do abortamento inseguro.<sup>(19)</sup>

Sendo as mortes por aborto evitáveis, poderiam essas, assim como as complicações pós-aborto, serem prevenidas, no Brasil, se aos AI fossem aplicadas as normas previstas no documento sobre atenção humanizada ao abortamento, elaborado por seu Ministério da Saúde (MS).<sup>(20)</sup>

A lei sobre Planejamento Familiar, Lei 9263/96 no Brasil foi considerada um avanço significativo no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos dos homens e mulheres brasileiros.<sup>(21)</sup> Em seu artigo 9º, afirma que “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”. Apesar de a lei assegurar que o “planejamento familiar é direito de todo cidadão”, a implantação de serviços a esse voltados, sua distribuição e operacionalização muito deixam a desejar, não sendo, em sua maioria, sequer viabilizados, o que contribui para um grande número de gestações não pretendidas, não planejadas ou inoportunas que podem resultar em AP.

## **1.1 População estudada**

### **1.1.1 Favela México 70**

De modo geral, o processo de urbanização provocou impactos sociais e ambientais com profundos reflexos na vida da população brasileira. Particularmente, a rapidez desse processo foi acompanhada por concentração de riqueza e ampliação das desigualdades sociais. Inúmeros estudos têm sido realizados no sentido de identificar suas causas e consequentes impactos. Que fatores contribuíram e, continuam contribuindo, essencialmente, para o processo de exclusão social? Quais seus impactos sobre a população e o ambiente? Ao dirigir o foco para a realidade da Baixada Santista, o quadro assume características próprias. A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) adquiriu traços de desigualdade socioeconômica, segregando na periferia e em porções mais

deterioradas e insalubres, uma grande parcela de sua população. Diversos fatores aliados ao processo de expansão urbana conduziram a um grande movimento de especulação imobiliária vivenciado, inicialmente, nos municípios de Santos e São Vicente e, posteriormente, nos demais municípios da região. A falta de interesse pela implementação de políticas voltadas para a questão da habitação popular na maioria dos municípios da região propiciou a deflagração de uma situação de déficit habitacional. A maioria dos territórios ocupados pelas classes de baixa renda culminou em ocupações subnormais, colocando a maior parte dessa população em situação de risco (pela possibilidade de desmoronamentos, enchentes, contaminação por poluentes, entre outros).

Esses riscos associados à falta de infra-estrutura, serviços e atendimentos tornaram grande parte da população da RMBS cada vez mais vulnerável, revelando uma profunda desigualdade social causada pelo processo de segregação da maioria da população para as porções ambientalmente mais frágeis, insalubres e deterioradas, criando uma geografia de exclusão com profundas diferenças na qualidade das moradias, acesso a bens e serviços. Esse trabalho tenta demonstrar como esses processos ocorreram na Baixada Santista, mais especificamente, nos municípios centrais de Santos, São Vicente, Cubatão e Guarujá, para os quais foram realizados levantamentos sobre a situação das ocupações subnormais (número de aglomerações e disposições gerais sobre a quantidade de habitantes). Tais levantamentos foram analisados sob a ótica da legislação urbanística. Considerou-se ao final que, os atrasos da ação municipal local com ausência de programas e financiamentos dirigidos para a população de baixa renda, bem como a falta de convergência dos esforços em termos metropolitanos das diferentes esferas municipais (incluindo a estadual) para a consolidação de uma Política Metropolitana de Habitação, conduziu a um cenário caótico e crescente de ocupações desordenadas e invasões de áreas ambientalmente inadequadas.<sup>(22, 23)</sup>

### **1.1.2 Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS)**

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) foi criada em 1996, e faz fronteira com a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Em decorrência da

presença da função portuária, a RMBS não foi estruturada em torno do setor primário, razão pela qual apresenta uma formação econômica e social diferenciada. Sua configuração apresenta um panorama tipicamente urbano, ressaltando-se a importante presença do parque industrial, ainda que o terciário seja o setor predominante, tendo a prestação de serviços como uma das principais atividades ocupacionais da região.<sup>(24)</sup>

A diversificação da economia regional foi determinada nos anos 50 com o início da implantação do parque industrial de Cubatão, a ampliação da infraestrutura de transportes e, conseqüentemente, a convergência de migrantes. A construção civil e a intensificação das atividades industriais passaram também a atraí-los, incluindo a população rural que não mais encontrava condições de trabalho no campo. Além disso, com a melhoria da ligação viária Planalto/Baixada, alguns centros urbanos foram estimulados a implantar pontos turísticos, como a Cidade Ocean na Praia Grande e a colônia de Férias do Sesc em Bertiooga. A instalação de indústrias petroquímicas e siderúrgicas gerou novos empregos, aumentando a massa de salários. No momento em que o nível de renda regional cresceu, estimulou-se o desenvolvimento de diversas outras atividades, especialmente o comércio e a prestação de serviços, proporcionando, por outro lado, a elevação da arrecadação tributária através dos impostos sobre produção, circulação de mercadorias e prestação de serviços.<sup>(25)</sup>

No entanto, a região assistiu a formação de processos contraditórios. De um lado o desenvolvimento das forças produtivas (da indústria, do Porto e do setor terciário) conseguiu induzir algumas melhorias nas condições de vida de uma parcela da população. De outro lado, esse desenvolvimento acentuou as desigualdades sociais na medida em que não permitiu a integração do assalariado à produção. Foi nesse período que a marginalização, evidenciada através do subemprego e do aumento das favelas, assumiu proporções alarmantes.

A Região Metropolitana adquiriu traços de desigualdade sócio-econômica, segregando na periferia e em porções mais deterioradas e insalubres, uma grande parcela de sua população. Esse processo gerou uma geografia de exclusão, que demarcou bairros nobres e operários, mansões e cortiços, centro e periferia, mantendo espaços de ricos e pobres, patrões e trabalhadores; provocando

profundas diferenças na qualidade de vida de seus habitantes e no acesso aos bens e serviços por eles produzidos.

### **1.1.3 Campo - Condições de vida e saúde na favela México 70**

Processos de urbanização não inclusivos, desatentos, às demandas populares e aos intensos movimentos migratórios locais tem gerado espaços impróprios para a habitação. Ao mesmo tempo, os segmentos mais empobrecidos da cidade, através de construções ilegais erguidas em meio ao lixo e violência, ocupam esses espaços. O imprevisto característico dessas habitações populares, a ausência de qualquer planejamento para a ocupação do espaço, muitas vezes, desagradável e de mau aspecto, tem caracterizado o crescente fenômeno das favelas.

Segundo uma perspectiva conservadora, a favela foi historicamente compreendida como problema, algo que deveria ser erradicado ou controlado.<sup>(26)</sup> O termo favela, originalmente utilizado para nomear a habitação popular construída nas encostas da cidade do Rio de Janeiro no final do século XIX, acumulou, durante anos, conotações negativas; ficou também registrado oficialmente como a área de habitações irregularmente construídas, sem arruamentos, sem plano urbano, sem esgotos, sem água, sem luz. Dessa precariedade urbana, resultado da pobreza de seus habitantes e do descaso do poder público surgiu à imagem que fez da favela o lugar da carência, da falta, do vazio a ser preenchido pelos sentimentos humanitários, do perigo a ser erradicado pelas estratégias políticas.<sup>(27)</sup>

Nos dias atuais existem novas discussões envolvendo a favela; talvez a mais importante seja a que reivindica sua inclusão no debate sobre o direito à cidade. Pensar na favela dissociada da cidade seria renunciar à dimensão de cidadania que lhe é própria. É importante assinalar que a favela também representa uma solução corajosa, às vezes única, encontrada por pessoas sem qualquer perspectiva de se instalar no espaço urbano, ter uma habitação digna e morar na cidade.<sup>(28)</sup>

A favela assusta, intimida, porque é uma das expressões mais categóricas da desigualdade. É nesse espaço controverso que as populações pobres assinalam

sua presença, o que remete a uma reflexão sobre o significado do espaço urbano e a qualidade de vida e saúde dos seus habitantes.

De acordo com informações obtidas na Secretaria da Habitação/CDHU a favela denominada "México 70" está localizada no extremo sudoeste da Ilha de São Vicente, caracterizando-se como uma ocupação irregular de terrenos de marinha, em uma área de cerca de 30 hectares de terras baixas inundáveis, situadas entre as pontes dos Barreiros e do Mar Pequeno. Inserida em área carente de infra-estrutura, principalmente quanto ao saneamento básico e à drenagem, esta favela constitui-se em um dos maiores e mais precários assentamentos localizados na Baixada Santista apresentando situações de deterioração ambiental e de extrema pobreza para os seus mais de 6.000 habitantes.<sup>(25)</sup> O historiador Fernando Martins Litchi, vereador de 1948 a 1951, em São Vicente, lembra que o povoamento de parte da área onde hoje é a México 70, teve início na década de 1960 com invasões nas terras que pertenciam a Lúcio Martins Rodrigues. Litchi recorda ainda que durante a Copa do Mundo de Futebol, no México, em 1970, houve, aí, uma invasão em massa.

Assim, as palafitas proliferaram sobre as áreas alagadas. E também a população deu início ao aterramento do mangue, ou seja, a invasão foi estendida às áreas da União. A partir daí, o lugar ficou conhecido como Favela México 70 numa referência à Copa quando o Brasil foi tricampeão mundial de futebol. Litchi afirma que, na época, muitos políticos eram coniventes com as invasões. “As ocupações foram aumentando e lá se formou um grande colégio eleitoral”; diz que “Vereadores doavam materiais de construção”.

De acordo com Marcos Braga, historiador do Museu Martin Afonso, em São Vicente, muitos moradores cresceram na favela México 70 e outros migraram do Nordeste e da Grande São Paulo, conforme o progresso da região. “Nas décadas de 1930 e 1940 ocorre a construção da Via Anchieta. Entre os anos 1950 e 1960 acontece o *boom* do Pólo Industrial de Cubatão, além da verticalização do litoral santista”, diz. “Já nas décadas de 1970 e 1980 foi à vez da construção da Rodovia dos Imigrantes”.

Pesquisa realizada nos Municípios de Cubatão e São Vicente evidenciou uma série de questões significativas quanto às condições de acesso e situação de saúde da população residente nas favelas de Vila Esperança e México 70. Nestas favelas,

grande parte dos entrevistados é migrante, muitos nordestinos, tendo em comum um histórico de perdas materiais e afetivas em suas vidas, realidade que os obrigou a buscar a solução de seus problemas na mudança para a favela. O perfil da população mostra que a maioria dos homens e mulheres adultos entrevistados não tem emprego, “biscateiros”, trabalhadores sem renda fixa que sobrevivem de atividades informais. Processos de perda multiplicam-se nos relatos da população, mostrando como são criadas as ocupações irregulares ou favelas.<sup>(29)</sup>

IPVS – O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social surgiu a partir da necessidade de definição do que é ser pobre e de como operacionalizar esse conceito. A partir dos conceitos de Mann sobre vulnerabilidade<sup>(30)</sup> a Fundação SEADE criou um indicador baseado na combinação de duas dimensões – sociopolítica e demográfica – por meio do qual classifica o setor censitário da cidade de São Paulo em seis grupos de vulnerabilidade social, denominado Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). A vulnerabilidade social muito alta resulta da combinação entre chefes de família jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade, e presença significativa de crianças pequenas, permitindo inferir ser esse o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza, em aglomerados sub-urbanos. A população estudada foi classificada como pertencente ao grupo 6, ou seja, de vulnerabilidade social muito alta.<sup>(31)</sup>

## **1.2 Justificativa**

Tomadas em consideração a ilegalidade do aborto provocado e consequente clandestinidade, que acabam levando a abortamento inseguro, cabem, ainda, no Brasil, estudos esclarecedores das condições dessa ocorrência, sobretudo em populações em situação de pobreza como favelas.

## **1.3 Hipótese**

1) Os abortos provocados em uma população de baixa renda, como favela, tendem a ser inseguros.

2) As mulheres mais vulneráveis ao AP são as mulheres jovens, de renda baixa, baixa escolaridade e solteiras/sozinhas.

3) Espera-se encontrar um alto número de omissões de resposta gerando um número mais alto do que o normal de abortos espontâneos.

## 2. OBJETIVOS

---



## 2.1 Objetivo geral

O presente estudo busca aprofundar a análise sobre a ocorrência de aborto provocado (e/ou inseguro), estimar a prevalência de mulheres com aborto provocado e inseguro e com aborto espontâneo dentre as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade) residentes na Favela México 70, São Vicente, SP, Brasil, bem como caracterizar melhor o agravo à saúde AP em função de algumas características sociodemográficas a ele associadas.

## 2.2 Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de AP para o total de mulheres (TM) e para o total de mulheres com gestação prévia (TMG).
- Caracterizar o perfil das mulheres com AP e com AE, segundo as características sociodemográficas a essas associadas.

### 3. MÉTODOS

---

### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal, com amostra aleatória de mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, residentes na Favela México 70, Vila Margarida em São Vicente- SP.

### **3.2 Amostra**

O estudo foi desenvolvido com 860 mulheres de 15 a 49 anos de idade, residentes na Favela México 70, tendo sido a coleta de dados efetuada no último trimestre de 2008.

#### **3.2.1 Procedimento da amostragem**

Segundo a estimativa da Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano (CDHU), em 2007, havia cerca de 6000 pessoas residentes na sua região de atuação na Favela México 70. Partindo-se do fato de cada domicílio tenha em média 2,8 pessoas por residência - também segundo a CDHU (2007), chega-se a 2.160 domicílios no geral.

Procurou-se entrevistar cerca de 1000 mulheres, nos domicílios, no caso de haver mais de uma mulher na idade de interesse - 15 a 59 anos, a que tivesse aniversário em data mais próxima seria selecionada para responder ao questionário. Quando necessário, foram efetuadas até 3 visitas antes de ser considerada a entrevistada como ausente. A amostra foi constituída por todos os domicílios com número par, sendo que os domicílios com número ímpar constituíram a chamada amostra reserva.

No final o número total de sujeitos entrevistados (n) foi de 860 mulheres excluídas as mulheres acima de 49 anos (idade fértil).

### **3.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi efetuada no segundo semestre de 2008.

### 3.3.1 Entrevistas na região

As entrevistas foram realizadas por entrevistadora treinadas, nos finais de semana. Foram captadas as informações mediante a aplicação direta de um questionário elaborado e pré-codificado (Anexo 1).

### 3.3.2 Seleção e treinamento das entrevistadoras

Todas as entrevistadoras eram mulheres universitárias, por terem maior facilidade para dialogar sobre o tema, preparação adequada para aplicar o questionário com presteza.

As entrevistadoras foram submetidas a treinamento sobre o conteúdo, manejo e aplicação dos questionários que incluía: indicação dos objetivos do estudo; descrição do esquema e instruções de amostragem para identificar as respondentes elegíveis; descrição detalhada do questionário; instruções das técnicas de entrevista e execução da entrevista.

O instrumento foi testado mediante a realização de um estudo piloto, que permitiu: constatar a facilidade em entender as perguntas formuladas, avaliar a capacidade das entrevistadoras em executar a tarefa que lhes foi atribuída e detectar as instruções necessárias que deveriam estar contidas no manual de aplicação de questionário.

## 3.4 Variáveis a serem analisadas (Questionário em anexo)

### 3.4.1 Variável dependente – categorias

De acordo com as respostas a perguntas do histórico de gestação, cada mulher foi classificada em uma de três categorias mutuamente exclusivas de Aborto:

- **Sem aborto (SA):** quando a mulher declarou nunca ter tido nenhum tipo de aborto.

- **Aborto Espontâneo (AE):** quando a mulher declarou ter tido pelo menos um aborto espontâneo e nenhum aborto provocado.
- **Aborto Provocado (AP):** quando a mulher declarou ter tido ao menos uma vez um aborto provocado.

### 3.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram escolhidas de acordo com as hipóteses formuladas e na medida de sua influência na ocorrência de abortos provocados:

- **Idade atual:** em anos completos no momento da entrevista. Posteriormente, para fins comparativos, foi agrupada em grupos quinquenais, constituídos a partir da idade de quinze anos, resultando na adoção de 7 grupos: “15 a 20; 20 a 25; 25 a 30; 30 a 35; 35 a 40; 40 a 45; 45 a 49”.
- **Escolaridade:** Coletada em grau de escolaridade até o momento da entrevista. Posteriormente, agrupado em 3 categorias: “Analfabeta/Saber ler e Escrever/ Primário Incompleto e Completo (Fundamental I)”; “Ginásio ou Fundamental Incompleto/Ginásio ou Fundamental Completo (Fundamental II)”; “Colegial ou Médio Incompleto/Colegial ou Médio Completo” e “Superior Incompleto/ Superior Completo”.
- **Atividade remunerada:** “Sim ou Não”.
- **Renda mensal familiar:** agrupada, posteriormente, em duas variáveis, de acordo com o ponto de corte “ $\leq$  a um salário mínimo ou R\$484,97” e “ $>$  que um salário mínimo ou R\$484,97”.
- **Estado conjugal (ou status marital):** condição conjugal/marital da mulher no momento da entrevista, dividido em solteira, casada, separada e viúva.
- **Nascidos vivos:** Nenhum; um; dois; de dois a cinco e seis ou mais.
- **Uso de algum método contraceptivo no momento da entrevista:** depois de agrupados - Pílula ou DIU; esterilização eletiva; não/pouco eficaz e não usa.

- **Situações em que considera aceitável a prática de um aborto:** não aceita, aceita em alguma ocasião específica (1- se for solteira, sozinha, ou não contar com o apoio do companheiro; 2 - se já tiver muitos filhos; 3 - se não tiver condições econômicas de criar o filho; 4 - se por qualquer motivo ela não for dar atenção à criança; 5 - quando há risco de vida para a mãe; 6 - quando há risco de vida para o filho; 7 - em caso de Estupro) e aceita sempre.

### 3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada para dois grupos: um com o total de mulheres entrevistadas (TM) – 860 – e o outro com o total de mulheres que referiram gestação prévia (TMG) – 735 –, retiradas as mulheres que nunca engravidaram.

Os dados foram resumidos, inicialmente, por meio de medidas descritivas adequadas ao tipo de variável: número e porcentagem para as qualitativas, média e desvio padrão para as quantitativas.

Foram estimadas igualmente as prevalências de mulheres para os 2 tipos de aborto (AP e AE).

Em uma segunda etapa, para a caracterização do aborto provocado e/ou inseguro, foram efetuadas análises univariadas de Regressão Logística Multinomial (RLM) para as categorias AP (aborto provocado inseguro) e AE (aborto espontâneo) tendo como referência a categoria SA (sem aborto), após a dicotomização das variáveis independentes para os dois grupos, TM e TMG. A opção por esse tipo de Regressão Logística deveu-se à possibilidade de isolar a variável AP, compatível com o aborto inseguro (AI), e compará-la automaticamente com a categoria de referência SA e, como consequência, com o AE. As variáveis que mostraram associações com  $p < 0,20$  foram selecionadas para entrar em um modelo inicial de Regressão Logística Multinomial Múltipla (RLMM), pelo método *stepwise backward*, para identificação das variáveis que permaneceriam nos modelos finais, correspondentes às características sociodemográficas que se mostraram mais fortemente associadas ao aborto provocado e ao aborto espontâneo, com estimação das Odds Ratio (OR).

Em toda a análise foi adotado nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% (IC=95%). A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa SPSS versão 17.0.<sup>(32)</sup>

Esta pesquisa, em suas duas etapas, foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP (CEP 1536/08 e CEP 0464/11).

## 4. RESULTADOS

---



A pesquisa aqui apresentada diz respeito a uma população de 860 mulheres com idade, no momento da entrevista, entre 15 e 49 anos. 51 delas declararam aborto provocado (AP/AI) e 150, aborto espontâneo (AE), gerando as seguintes prevalências: AP – 5,9% e AE – 17,4%. Para as mulheres do grupo total de mulheres com gestação, 735, as prevalências são: 6,9% para AP e 20,4% para AE. Os AP podem ser considerados todos inseguros (AI) segundo a definição da OMS.<sup>(13)</sup>

Os resultados são apresentados em 6 tabelas, sendo que a Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico desse total de mulheres segundo as seguintes variáveis: faixa etária, renda familiar, atividade remunerada, escolaridade, estado conjugal atual, aceitação de aborto provocado, número de nascidos vivos e uso atual de contraceptivo.

Para o total de mulheres (TM), no que tange à idade no momento da entrevista, nota-se que a distribuição das mulheres não foi uniforme, sugerindo subrepresentação nas faixas etárias correspondentes a mulheres jovens. A média de idade atual para o total das mulheres, na população em estudo, foi de 32,4 anos e a do total de mulheres com histórico de gestação (TMG) de 33,0 anos com maior percentual de mulheres na faixa etária atual de 25 a 35 anos para os 2 grupos (39,4% e 41,3%) (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, em relação ao exercício de atividade remunerada, as respostas foram semelhantes para TM e TMG, sendo que cerca de 50% das mulheres trabalhavam e 50%, não. A renda familiar declarada pela maioria do grupo TM – 68,3% - e pela maioria do grupo TMG – 68,9% - foi de até 0,5 a 1,5 salários mínimos. Quanto à escolaridade, 55,7% do grupo TM e 61,4% do TMG referiram possuir no momento da entrevista até o curso fundamental II (completo).

Quando indagadas sobre o estado conjugal, obteve-se a mesma resposta para os dois grupos estudados: a maioria das mulheres entrevistadas declararam-se casadas e/ou unidas consensualmente - 69,7% e 75,6% respectivamente.

Para a variável método contraceptivo, a maior proporção de mulheres aparece entre as que utilizavam métodos contraceptivos pouco eficazes ou “não eficazes” (27,8% e 28,4%), e entre as que declararam não-uso de contraceptivos (26,2% e 22,7%) perfazendo um total de 54% (TM) e de 51,1% (TMG).

No tocante ao número de filhos nascidos vivos, 18,4% do total de mulheres e 4,5% do total das mulheres com gestação prévia referem não ter filhos; 25,7% e 30,1% ter apenas um filho e 55,9% (TM) e 65,5% (TMG), a maioria, dois ou mais filhos.

**Tabela 1. Dados sociodemográficos das mulheres avaliadas - Favela México 70 - 2008**

Características	Total de mulheres (N=860)	% 100,00	Total de mulheres que engravidaram (N=735)	% 100,00
<b>Idade</b>				
15  -- 20	71	8,3	38	5,2
20  -- 25	117	13,3	102	13,9
25  -- 35	339	39,4	304	41,3
35  -- 40	138	16,0	118	16,1
40  -- 45	112	13,0	101	13,7
45  -- 49	83	9,7	72	9,8
<b>Atividade Remunerada</b>				
Sim, com CLT / carteira de trabalho	179	20,8	150	20,4
Autônoma: atividade pessoal, habitual, sem hierarquia	23	2,7	21	2,9
Estagiária, estudante	6	0,7	2	0,3
Trabalho temporário: com contrato máximo de três meses	19	2,2	12	1,6
Trabalho avulso/eventual: prestação de serviço ocasional, sem relação de continuidade	207	24,1	189	25,7
Proprietária	10	1,2	9	1,2
Não trabalha	416	48,4	352	47,9
<b>Renda (SM = R\$ 484,97)</b>				
Recusa / Não sabe	8	0,9	7	1,0
De 0 SM a 1 e ½ SM	587	68,3	507	68,9
1 e ½ SM a 2 e ½ SM	175	20,3	148	20,1
2 e ½ SM a 3 e ½ SM	73	8,5	60	8,2
> que 3 e ½ SM	17	1,9	13	1,8
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta/Sabe ler e escrever até Fundamental I completo	479	55,7	451	61,4
Colegial/ Médio incompleto até Superior completo	381	44,3	284	38,7
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	182	21,2	101	13,7
Casada ou mora junto	599	69,7	555	75,6
Separada ou viúva	79	9,2	79	10,7
<b>Contraceptivo</b>				
Pílula ou DIU	292	34,0	255	34,7
Esterilização eletiva	104	12,1	104	14,1
Método contraceptivo não eficaz	239	27,8	209	28,4
Não usa	225	26,2	167	22,7
<b>Aborto Provocado</b>				
Não aceita	315	36,6	257	35,0
Aceita em alguma situação ou aceita sempre	545	63,4	478	65,0
<b>Nascidos Vivos</b>				
Nenhum	158	18,4	33	4,5
Um	221	25,7	221	30,1
Mais que 2 (dois)	481	55,9	481	65,5

As Tabelas 2 e 3 apresentam os resultados das análises univariadas. Para o total de mulheres (TM), as características associadas significativamente à ocorrência do AP, foram: renda familiar igual a ou menor que 1 SM; escolaridade menor que fundamental II incompleto; ter mais de 2 filhos nascidos vivos; aceitação do aborto por falta de condições econômicas e idade atual maior que 35 anos (Note-se, no entanto, que as mulheres provocaram seu 1º aborto em idades entre 14 e 37 anos: 51% entre 14 e 21; 55% até 22; 62,7% até 24). Quanto ao AE as variáveis que apresentaram associações significativas foram: idade atual, escolaridade, estado conjugal, e número de nascidos vivos, nas mesmas categorias (Tabela 2).

**Tabela 2. Análise Univariada das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TM**

TM variáveis	Categorias (1) / (0)	AP		AE	
		OR	(p)	OR	(p)
<b>Número de nascidos vivos</b>	2 ou mais / Não ter mais que 1NV	5,167	<,001	2,043	<,001
<b>Aceitação de aborto</b>	Aceita por falta de condições econômicas / Não aceita	11,845	<,001	1,703	,075
<b>Escolaridade</b>	Até o fundamental incompleto / até superior completo	3,169	<,001	1,860	,001
<b>Aceitação de aborto</b>	Sim, se for solteira, sozinha, ou não contar com o apoio do companheiro / Não aceita	11,20	<,001	1,18	,611
<b>Aceitação de aborto</b>	Sim, se já tiver muitos filhos / Não aceita	12,71	<,001	1,46	,248
<b>Idade (anos)</b>	0=<35 / 1= >35	2,67	,003	2,00	<,001
<b>Renda</b>	≤ 484,97/ >484,97	1,917	,027	1,164	,412
<b>Estado conjugal</b>	Solteiras, separadas, viúvas e unidas / casadas	1,447	,329	1,628	,043
<b>Utilização de método contraceptivo</b>	Método pouco eficaz ou não-uso / Pílula, DIU e Esterilização eletiva	1,095	,757	,831	,305

Nota: Categoria de referência: mulheres sem aborto

Na Tabela 3 (TMG), referente ao AP, mostraram associações significativas: renda familiar igual a ou menor que 1 SM, idade atual igual ou maior que 35 anos, escolaridade menor que fundamental II incompleto, ter mais de 2 filhos nascidos vivos; método contraceptivo pouco eficaz ou não-uso de contraceptivo e aceitação do aborto por falta de condições econômicas. Em relação ao AE, foram significativas as associações: “idade atual igual ou maior que 35” e “estado conjugal não casadas”. “Escolaridade baixa” apresentou-se marginalmente significativa (Tabela 3).

**Tabela 3. Análise Univariada das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TMG**

TMG variáveis	Categorias (1) / (0)	AP		AE	
		OR	(p)	OR	(p)
<b>Aceitação de aborto</b>	Aceita por falta de condições econômicas / Não aceita	10,98	<,001	1,58	,135
<b>Aceitação de aborto</b>	Sim, se for solteira, sozinha, ou não contar com o apoio do companheiro / Não aceita	11,36	<,001	1,20	,594
<b>Aceitação de aborto</b>	Sim, se já tiver muitos filhos / Não aceita	10,72	<,001	1,24	,524
<b>Escolaridade</b>	Até o fundamental incompleto / até superior completo	2,43	,004	1,42	,055
<b>Número de nascidos vivos</b>	2 ou mais / Não ter mais que 1NV	3,16	,004	1,25	,025
<b>Renda</b>	≤ 484,97/ >484,97	1,78	,005	1,08	,674
<b>Idade atual</b>	0=<35 / 1= >35 a	2,47	,006	1,86	,002
<b>Utilização de método contraceptivo</b>	Método pouco eficaz ou não-uso / Pílula, DIU e Esterilização eletiva	1,27	,042	,096	,840
<b>Estado conjugal</b>	Solteiras, separadas, viúvas e unidas / casadas	1,70	,160	1,92	,007

Nota: Categoria de referência: Sem aborto

As tabelas 4 e 5 apresentam os modelos finais de RLMM ajustados por idade. Após a retirada uma a uma das variáveis que foram perdendo a significância, restaram 3 variáveis que se mostraram estatisticamente significativas para o grupo TM, sendo que as 3 permaneceram no grupo TMG (Tabelas 4 e 5). Para o AP permaneceram no modelo final para o grupo TM: “aceitação do aborto por falta de condições econômicas” (OR=11,45;  $p < 0,001$ ) e ter um “número de filhos NV > dois” (OR=4,01;  $p = 0,001$ ). Em relação ao AE, permaneceram a variável “estado civil solteiras ou não casadas” (OR=1,89;  $p = 0,010$ ) e a variável “nascidos vivos > 2” (OR=1,79;  $p = 0,004$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4. Análise Múltipla das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TM - Favela México 70 - 2008**

	Aborto_3Cat	OR	p	95% IC	
				Limite Inferior	Limite Superior
<b>AE</b>	Aceita AP por falta de condições econômicas	1,624	,111	,894	2,952
	NV > 2	1,796	,004	1,202	2,684
	Est_Conj_solt	1,887	,010	1,164	3,059
	Idade	1,032	,007	1,009	1,055
<b>AP</b>	Aceita AP por falta de condições econômicas	11,454	,000	5,945	22,066
	NV > 2	4,012	,001	1,758	9,158
	Est_Conj_solt	1,669	,208	,752	3,703
	Idade	1,054	,010	1,013	1,098

Nota: Categoria de referência: Sem aborto

No modelo final para TMG, tab. 5, para AP permaneceram as variáveis: “aceitação do aborto por falta de condições econômicas” (OR=10,60;  $p<0.001$ ) e “número de filhos maior que 2” (OR=2,46;  $p=0,036$ ). A variável “estado civil, ou conjugal, solteira” permaneceu significativa para AE (OR=2,07;  $p=0,003$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5. Análise Múltipla das variáveis (CSD) associadas a AP e AE para o grupo TMG - Favela México 70 - 2008**

	Aborto_3Cat	OR	p	95% IC	
				Limite Inferior	Limite Superior
<b>AE</b>	Aceita AP por falta de condições econômicas	1,465	,218	,798	2,688
	NV > 2	1,011	,961	,662	1,543
	Est_Conj_solt	2,075	,003	1,279	3,367
	Idade	1,039	,002	1,015	1,065
<b>AP</b>	Aceita AP por falta de condições econômicas	10,603	,000	5,492	20,471
	NV > 2	2,465	,036	1,061	5,725
	Est_Conj_solt	1,751	,166	,792	3,868
	Idade	1,057	,008	1,015	1,102

Nota: Categoria de referência: Sem aborto

### Observação

No que se refere à frequência de aborto provocado (AP) por idade à época do 1º evento, destaca-se que 51,0% das mulheres referiram já ter praticado pelo menos um AP até os 21 anos de idade, 54,9% até os 22 e 62,7% até os 24 anos.

Tabela 6. Frequência de AP por idade à época do 1º evento - Favela México 70 - 2008

Idade (anos)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
14	4	7,8	7,8
15	4	7,8	15,7
16	4	7,8	23,5
17	4	7,8	31,4
18	4	7,8	39,2
19	1	2,0	41,2
20	1	2,0	43,1
21	4	7,8	51,0
22	2	3,9	54,9
23	2	3,9	58,8
24	2	3,9	62,7
25	1	2,0	64,7
26	4	5,9	70,6
27	1	2,0	72,5
28	1	2,0	74,5
29	2	3,9	78,4
30	5	7,8	86,3
31	3	3,9	90,2
32	1	2,0	92,2
34	3	3,9	96,1
36	1	2,0	98,0
37	1	2,0	100,0

## 5. DISCUSSÃO

---



Inúmeros estudos têm demonstrado notáveis relações entre Pobreza e taxas mais altas de fertilidade, gestações não pretendidas, aborto inseguro e dificuldade de acesso “ideal” à contracepção.<sup>(33)</sup>

No Brasil o número de gestações não pretendidas encontra-se em torno de 60% ou mais. Cada gestação não pretendida ou inoportuna pode gerar um aborto provocado (AP)<sup>(16, 19)</sup> ou, em países com leis restritivas como o Brasil, sobretudo em populações em situação de pobreza, um aborto clandestino e inseguro. A renda familiar da população alvo deste estudo justifica uma maior influência desse determinante social sobre tal desfecho. A opção das mulheres deste estudo em relação ao “AP por falta de condições econômicas” é plenamente justificada pelo arrocho causado por dificuldades socioeconômicas por elas enfrentada.

As gestações não pretendidas são fortemente influenciadas pelo acesso e uso, ou não, de contracepção eficaz.<sup>(16)</sup> Diversos estudos demonstram uma correlação positiva entre o uso de contraceptivos e o grau de instrução da mulher, permitindo que as mulheres mais instruídas possam eleger os mais eficazes; as menos instruídas, por sua vez, apresentam maior dificuldade para obter conhecimentos apropriados sobre saúde sexual e reprodutiva e/ou planejamento familiar. Mulheres mais escolarizadas possuem, além de mais conhecimentos adquiridos, maior autonomia e maior capacidade de escolha.<sup>(15, 16)</sup>

Na população pesquisada, como visto, mais da metade das mulheres com AP refere o uso atual de contraceptivos não eficazes, ou de baixa eficácia, ou não faz uso de contraceptivos, levando a um total expressivo de mulheres sem proteção a uma gestação não planejada ou inoportuna.<sup>(16)</sup>

O “planejamento familiar” previsto em lei (Lei 9263/96) não satisfaz as demandas necessárias de contraceptivos “*unmet needs*” visto que a população brasileira, principalmente as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), não tem ainda acesso regular a contraceptivos.<sup>(34)</sup> No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007 e ampliada em 2009, propiciando acesso maior a métodos definitivos de contracepção, como laqueadura e vasectomia, bem como a preservativos e outros tipos de anticoncepcionais.<sup>(35)</sup> Às mulheres que têm acesso aos contraceptivos, muitas vezes falta a possibilidade de opção pelo método, ou pelo medicamento, mais apropriado e eficaz, sobretudo no Sistema Único de

Saúde (SUS). Em outras ocasiões, a falha está na falta de informações adequadas, por equipe multidisciplinar, como previsto pelas normas técnicas de assistência em planejamento familiar do Ministério da Saúde.<sup>(34)</sup> especialmente para as mulheres menos escolarizadas.<sup>(36)</sup>

Com o uso inadequado ou irregular de contraceptivos, com a utilização de contraceptivos pouco eficazes, ou sem a utilização de qualquer método contraceptivo, as mulheres em idade fértil acabam por ter mais filhos do que o número por elas desejado.

O número de filhos nascidos vivos é outra variável importante para a determinação do desfecho em AP. A média de filhos por mulher na população em estudo foi de 2,53. Diversos estudos apontam essa questão como um dos fatores principais que levam as mulheres a optar pelo aborto, sobretudo entre mulheres de baixa renda e sem acesso a serviços de planejamento familiar.<sup>(1, 28)</sup> Assim, quanto maior o número de filhos não pretendidos, maior a chance da ocorrência de AP <sup>(1, 15, 16)</sup> – a razão de chances cerca de 4 vezes maior para as mulheres com mais filhos nascidos vivos, na população em estudo, corrobora esse fato. Em São Paulo, em 2002, a taxa de fecundidade foi de 1,88 filhos por mulher, valor inferior ao nível de reposição chegando a 1,7 em 2012.<sup>(37)</sup> Mais uma vez fica evidenciada a utilização do AP para controle da fecundidade, como já demonstrado em outras pesquisas.<sup>(12, 15, 16)</sup>

A característica sociodemográfica “estado conjugal” constitui-se em uma das possíveis definidoras da ocorrência ou não de um aborto provocado perante a existência de gestação não planejada.<sup>(15)</sup> Na população em estudo, porém, uma OR próxima de 2 para a variável categorizada “solteira”, como apresentado em Resultados, indica uma expressiva “omissão de resposta” do AP das mulheres que declararam AE, visto que normalmente as mulheres casadas costumam sofrer mais abortamentos naturais do que as mulheres solteiras. A omissão de resposta é uma das características do AP em função das leis restritivas que penalizam a mulher que o provoca.<sup>(15, 16)</sup>

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, publicada em 2001, foi concluído pelos

autores: “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”.<sup>(38)</sup>

As mulheres solteiras e/ou as que não contam com o apoio do companheiro, nesta pesquisa, mostraram também uma aceitação maior do aborto provocado quando comparadas com as casadas. Esses dados corroboram os de outro estudo realizado em Favela da periferia da cidade de São Paulo, SP, em que foi indagada a participação do parceiro, ou companheiro, nas gestações e seus desfechos, incluídas as decisões que as envolvem (planejamento, gestações não pretendidas, interrupção ou não da gestação) no qual encontrou-se uma taxa altíssima (86%) de abandono da mulher pelo parceiro especificamente nos casos de AP.<sup>(12)</sup>

Finalmente, em relação à idade no momento da entrevista, a distribuição das mulheres entrevistadas não foi uniforme, havendo aparente sub-representação nas proporções de entrevistadas nas faixas etárias correspondentes a mulheres jovens. Porém, quando computada a frequência de abortos por idade percebeu-se que as mulheres tiveram o primeiro aborto em faixas etárias precoces, portanto quando eram jovens, reforçando os dados da literatura especializada.

## 6. CONCLUSÕES

---

Das 860 mulheres entrevistadas, residentes na Favela México 70, com idade entre 15 e 49 anos, 51 declararam ao menos um AP e 150 referiram AE (prevalências: AP- 5,9% e AE -17,4%).

As variáveis categorizadas correspondentes às principais características sociodemográficas (CSD) estudadas que apresentaram associações estatisticamente significativas, no modelo final, para a ocorrência de AP foram: número de filhos nascidos vivos superior a 2 e aceitação do aborto por falta de condições econômicas.

Para o AE, a variável estado conjugal “solteira” permanece no modelo final de RLMM, sugerindo possíveis omissões de resposta (“viés de resposta”).

Outras variáveis correspondentes a CSD pertinentes ao tipo de população estudada e que apresentaram associações estatisticamente significativas nas análises univariadas, tais como, renda baixa, baixa escolaridade, necessidades não satisfeitas de métodos contraceptivos (“*unmet needs*”) e falta de apoio do companheiro mostraram-se também importantes no processo de ocorrência do AP.

Espera-se que esta pesquisa, entre outras, venha a contribuir para o cumprimento das Metas e Objetivos do Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 94 <sup>(7, 39)</sup>, para além de 2014.



**ANEXO 1 – Questionário**

Saúde Reprodutiva – mulheres entre 15 e 49 anos de idade.

Nº do Questionário \_\_\_\_\_

POR FAVOR, O SUCESSO DE NOSSA PESQUISA DEPENDE DE SUA COLABORAÇÃO. LEMBRE-SE: SUAS RESPOSTAS SÃO SECRETAS.

Entrevistadora: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

LOCAL: 1 - CIDADE 2 - COMUNIDADE DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_
2. Quantas delas são mulheres? \_\_\_\_\_
3. Qual a data de nascimento de cada uma das mulheres entre 15 e 49 anos?  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REALIZAR A ENTREVISTA COM QUEM FAZ ANIVERSÁRIO NA DATA MAIS PRÓXIMA

4. Qual é o seu grau de escolaridade?
 

1 - Analfabeta/ sabe ler e escrever	6 - Colegial/médio incompleto
2 - Primário incompleto	7 - Colegial/médio completo
3 - Primário completo	8 - Superior incompleto
4 - Ginásio/fundamental incompleto	9 - Superior completo
5 - Ginásio/fundamental completo	
5. Você exerce tarefa remunerada?
  - 1 - Sim, com CLT / Carteira de Trabalho
  - 2 - Autônoma: atividade pessoal, habitual, sem hierarquia
  - 3 - Estagiária: estudante
  - 4 - Trabalho Temporário: com contrato máximo de três meses
  - 5- Trabalho Avulso/Eventual: prestação de serviço ocasional, sem relação de continuidade
  - 6 - Proprietária

- 
- 7 - Não Trabalho, mas estou procurando emprego
- 8 - Não trabalho, por outras razões
6. Qual é a Renda Mensal Familiar, aproximada, em sua casa?
- até R\$ 276,70
  - de R\$ 276,71 a R\$ 484,97
  - de R\$ 484,98 a R\$ 726,26
  - de R\$ 726,27 a R\$ 1.194,53
  - de R\$ 1.194,54 a R\$ 2.012,67
  - de R\$ 2.012,68 a R\$ 3.479,36
  - de R\$ 3.479,37 a R\$ 6.563,73
  - de R\$ 6.563,74 a R\$ 9.733,47
  - acima de R\$ 9.733,48
7. Qual é o seu estado conjugal?
- 1 - Solteira, NUNCA morou com ninguém e NÃO tem namorado
  - 2 - Solteira, NUNCA morou com ninguém, mas TEM namorado
  - 3 - Solteira, mas SIM já morou com algum companheiro
  - 4 - Casada pela primeira vez (data inicio da união: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)
  - 5 - Casada, mas NÃO pela primeira vez
  - 6 - Mora com um companheiro, mas não é casada
  - 7 - Separada ou divorciada
  - 8 - Viúva
8. Você tem Plano/Convênio de Saúde, atualmente?
- Sim, Particular
  - Sim, Empresarial
  - Não
9. Você utiliza Centro de Saúde Público ou Hospital Público (Ex. Santa Casa, HC, Hospital, São Paulo, etc.) para realizar exames laboratoriais ou consultas medicas?
- 1 - Sim, sempre
  - 2 - Sim, mas apenas para exames ou consultas específicas.
  - 3 - Sim, para buscar medicamento
  - 4 - Sim, em caso de extrema emergência – entrada pelo Pronto Socorro
  - 5 - Não, vou a médico particular/convênio
  - 6 - Não, nunca vou ao médico



10. Você costuma fazer Exames Ginecológicos anualmente? 1 - Não 2 - Sim

11. Se NÃO, por quê? \_\_\_\_\_

(se ainda não iniciou a vida sexual pular para a questão pule para P 47)

12. Quando fez Papanicolaou pela última vez? Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

13. Onde foi realizado?

1 - Particular / Convênio

2 - Público

3 - NUNCA fez Papanicolaou

14. Se SIM, Você lembra qual foi o resultado?

1 - Sim, o resultado foi normal

2 - Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração e fiz o tratamento indicado

3 - Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração, mas nenhum tratamento foi indicado

4 - Sim, o resultado apontava alterações, mas ainda não consegui agendar os exames complementares necessários

5 - Não, nunca retornei ao medico para ver o resultado

6 - Não, voltei ao médico, mas ele não comentou nada sobre o resultado

7 - Não, ainda não ficou pronto

8 - Outros: \_\_\_\_\_

9 - Não Lembra

10 - Não respondeu / Não sei

15. Quando fez mamografia pela última vez? Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

16. Onde foi realizada?

1 - Particular / Convênio

2 - Público

3 - NUNCA fez mamografia

17. Se SIM, Você lembra qual foi o resultado?

1 - Sim, o resultado foi normal

2 - Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração e fiz o tratamento indicado

3 - Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração, mas nenhum tratamento foi indicado

4 - Sim, o resultado apontava alterações, mas ainda não consegui agendar os  
- exames complementares necessários

5 - Não, nunca retornei ao medico para ver o resultado

- 
- 6 - Não, voltei ao médico, mas ele não comentou nada sobre o resultado
- 7 - Não, ainda não ficou pronto
- 8 - Outros: \_\_\_\_\_
- 9 - Não Lembro
- 10 - Não respondeu / Não sei
18. Você engravidou alguma vez? 1 - Não - (Pule para P 40) 2 - Sim
19. Se SIM, quantas vezes engravidou? \_\_\_\_\_
20. Alguma está em curso? 1 - Não 2 - Sim
21. Todas foram planejadas? 1 - Não 2 - Sim
22. Se Não, quais não foram planejadas?
- \_\_\_\_\_
23. Quantas resultaram em nascimentos vivos? \_\_\_\_\_
24. Qual o ano de nascimento dos nascidos vivos? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.
25. Quantos nasceram Mortos? \_\_\_\_\_
26. Você teve alguma gravidez interrompida por aborto espontâneo? 1 - Não. 2 - Sim
- 26ª. Se SIM, quantos? \_\_\_\_\_
27. Se SIM, qual o motivo?
28. Interrompeu alguma gravidez (aborto provocado), por ter engravidado num momento inoportuno? 1 - Não (Pule para P 40) 2 - SIM
29. Se SIM, quantas vezes? \_\_\_\_\_
30. Se SIM, qual o motivo?
31. Que idade você tinha na ocasião do aborto provocado (o primeiro, se mais de um)? \_\_\_\_\_
32. Você vivia/morava com seu companheiro na ocasião? 1 - Não 2 - Sim
33. Quem tomou a decisão?
- 1 - Eu 4 - Meu Namorado
- 2 - Meu Companheiro 5 - O pai da criança
- 3 - Ambos 6 - Meus Pais
34. Se EU, como seu companheiro reagiu?
35. Se outros, como você reagiu?
36. Teve algum problema de saúde após essa intervenção? 1 - Não 2 - Sim
37. Se SIM, qual? \_\_\_\_\_

- 
38. Se SIM, precisou de hospitalização? 1 - Não 2 - Sim
39. Como o aborto provocado foi realizado? (o primeiro aborto, se mais de um).
- 1 - Clínica / Consultório com Anestesia
  - 2 - Clínica / Consultório sem Anestesia
  - 3 - Remédio Oral ou Vaginal, comprado em Farmácia: \_\_\_\_\_
  - 4 - Chá
  - 5 - Manipulação Uterina
  - 6 - Outros: \_\_\_\_\_
  - 7 - Não respondeu / Não sei
40. Você fez cirurgia para evitar filhos?
- 1 - Sim
  - 2 - Não, mas pretendo fazer em breve
  - 3 - Não, mas pretendo fazer algum dia
  - 4 - Não, e nunca pensei nesse assunto
  - 5 - Não, porque não consigo engravidar
  - 6 - Não, porque meu marido fez vasectomia
  - 7 - Não respondeu / Não sei
41. Se SIM, o que motivou a decisão?
42. Onde foi realizado? 1 - Particular / Convênio 2 - Público
43. Em que ano foi realizado? \_\_\_\_\_
44. Foi junto com o parto? 1 - Não 2 - Sim
45. Se NÃO (em P 40), faz uso de algum método contraceptivo? 1 - Não 2 - Sim
46. Se SIM, Qual (is)?
- 1 - Pílula
  - 2 - DIU
  - 3 - Injeções mensais
  - 4 - Condom, camisinha SEMPRE
  - 5 - Condom, camisinha SEMPRE que ganha no posto de Saúde
  - 6 - Tabela
  - 7 - Outros, especificar: \_\_\_\_\_
47. Se NÃO usa método contraceptivo, por quê?
- 1 - Quero engravidar
  - 2 - Não tenho Companheiro
  - 3 - Estou na Menopausa

4 - Fiz Histerectomia (tirei o Útero)

5 - Esterilização minha

6 - Esterilização do companheiro

7 - Outro, especificar: \_\_\_\_\_

48. Você acha natural que num caso extremo, uma mulher provoque um aborto ao engravidar num momento inoportuno? Quando? Ler, resposta múltipla:

1 - Sim, se for solteira, sozinha, ou não contar com o apoio do companheiro

2 - Sim, se já tiver muitos filhos

3 - Sim, se não tiver condições econômicas de criar o filho

4 - Sim, se por qualquer motivo ela não for dar atenção à criança

5 - Sim, quando há risco de vida para a mãe

6 - Sim, quando há risco de vida para o filho

7 - Sim, em caso de Estupro

8 - Não, o aborto provocado não se justifica por nenhum motivo

9 - Não sei

49. Você acha que é possível interromper uma gravidez, sem grandes prejuízos para a saúde da mulher? (independentemente de ser contrária a esta prática)

- Sim, se for feito por médico

- Não, mesmo por médico, pode não ter mais filho

- Não, pode ter problemas emocionais

- Não, pode ter seqüelas físicas

- Não, se mal feito

- Outros, especificar: \_\_\_\_\_

- Não sei

50. Você tem algum problema de saúde reprodutiva?

1 - Sim 2 - Não - Encerre 3 - Não sei – Encerre

51. Se Sim, qual? Explicar: \_\_\_\_\_

52. Está tomando algum medicamento para essa queixa? 1 - Não 2 - Sim

53. Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

54. Consultou alguém sobre isso? 1 - Não 2 - Sim

55. Se Sim, quem?

1 - Médico particular / Convênio

2 - Médico de Saúde Pública

3 - Farmacêutico

4 - Parentes

5 - Amigos/vizinhos

6 - Ninguém, por conta própria

7 - Não sei

Agradeça e Encerre.

Supervisão: \_\_\_\_\_ Crítica: \_\_\_\_\_

Controle: Idade da Entrevistada: \_\_\_\_ Realiz. \_\_\_\_ Subst. \_\_\_\_ Nº da Entrev. na

Rua \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Unifesp – CEP 0464/11



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 22 de janeiro de 2015

CEP Nº **0464/11**

CONEP Nº:

Ilmo(a) Sr(a)

Pesquisador(a): TÁSSIA FERREIRA SANTOS

Disciplina/Departamento: Epidemiologia/Medicina Preventiva

Título do estudo: Prevalência e características de mulheres com aborto provocado e espontâneo - Favela México 70, São Vicente, SP – 2008

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU E APROVOU o(a) Emenda 1 (Versão de 21/01/2015) Solicitação de mudança de título de, "Prevalência e características de mulheres com aborto provocado e espontâneo - Favela México 70, São Vicente, SP – 2008" para "Aborto provocado e inseguro 20 anos depois da CIPD - Convenção Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 94: Prevalência e características sociodemográficas - Favela México 70, São Vicente - São Paulo, Brasil." do projeto de pesquisa acima referenciado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Prof. Dr. Lucas Jomir Lourenço  
Vice-coordenador do CEP/UNIFESP.

## 8. REFERÊNCIAS

---

1. Fusco CL. Aborto Inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável Favela Inajar de Souza, São Paulo, SP, Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
2. Laboissière P. Mortalidade materna no Brasil teve queda de 21% de 2010 para 2011 [Internet]. Brasília: Empresa Brasil de Comunicação S/A; 2012 May 25 [cited 2014 Nov 5]. [about 1 screen]. Available from: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-05-25/mortalidade-materna-no-brasil-teve-queda-de-21-de-2010-para-2011>.
3. United Nations. The millennium development goals report: 2005 [Internet]. New York: United Nations; c2005 [cited 2014 Nov 6]. 43 p. Available from: <http://unstats.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20Book.pdf>.
4. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Internet]. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; c2012. Mortalidade materna cai 55% no Brasil, de acordo com relatório ODM; 2014 Sep 29 [cited 2014 Nov 8]; [about 1 screen]. Available from: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3933>.
5. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012 Feb 18;379(9816):625-32.
6. Discurso Brasil-Chile CRPD. In: Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe [Internet]; 2014 Nov 12-14; Santiago, Chile. Santiago (CL): Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Población; 2014 [cited 2014 Jan 2]. 4 p. Available from: [http://www.cnpd.gov.br/cnpd/wp-content/uploads/Discurso\\_Brasil\\_Chile\\_CRPD.pdf](http://www.cnpd.gov.br/cnpd/wp-content/uploads/Discurso_Brasil_Chile_CRPD.pdf).
7. Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Derechos reproductivos y salud reproductiva, párrafo 7.2-7.11. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]; 1994 Sep 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [cited 2014 Dec 16]. p. 37. [A/CONF-171/13/Rev.1]. Disponible en: [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/572\\_filename\\_finalreport\\_icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf).
8. 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.
9. Naciones Unidas. Plataforma de Acción. La mujer y la salud, párrafo 106k. In: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [Internet]; 1995 Sep 4-15; Beijing. Nueva York: Naciones Unidas; 1996 [cited 2014 Dec 16]. p. 42. [A/CONF.177/20/Rev.1]. Available from: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/273/04/PDF/N9627304.pdf?OpenElement>.



10. Informe de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración Plena de la Población y su Dinámica en el Desarrollo Sostenible con Igualdad y Enfoque de Derechos: Clave para el Programa de Acción de el Cairo Después de 2014 [Internet]; 2013 Aug 12-15; Montevideo, Uruguay. Santiago (CL): Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2014 [cited 2014 Jan 2]. 103 p. Available from: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/52141/InformeConferenciaRegPoblacionyDes.pdf>.
11. Andalaft Neto J, Rocha MI. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó ES, editor. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 257-318.
12. Fusco CL. Aborto inseguro: frequência e características sociodemográficas associadas, em uma população vulnerável: Favela Inajar de Souza, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
13. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 [Internet]. 6th ed. Geneva: World Health Organization; c2011 [cited 2014 Nov 6]. 56 p. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf?ua=1).
14. Adesse L. O ponto crítico do aborto. J Ciênc [Internet]. 2012 [cited 2012 Jul 25]. Available from: <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detail.jsp?id=82958>.
15. Fusco CL, Silva R de S, Andreoni S. Aborto inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 Abr [cited 2014 Nov 6];28(4):709-19. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n4/10.pdf>.
16. Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 177-97.
17. Código Penal: Decreto lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969. 4a ed. São Paulo: Saraiva; 1971.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2015 Apr 21]. 52 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno no. 11). Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/18/14-0087-M.pdf>.
19. Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde [Internet]. 2a ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 [cited 2015 Apr 21]. Consequências sobre a saúde de um abortamento inseguro; p. 19. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf).

20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica [Internet]. 2a ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2015 Apr 21]. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno no. 4). Available from: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/8004-atencao-humanizadaaborto/file.html>.
21. Congresso Nacional (BR). Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. 1996 Jan 15 [cited 2015 Apr 21]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm).
22. Young AF, Fusco W. Espaços de Vulnerabilidade Sócio-ambiental para a População da Baixada Santista: identificação e análise das áreas críticas. In: Desafios e oportunidades do crescimento zero. 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais [Internet]; 2006 Sep; Caxambu, MG. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2006 [cited 2014 Dec 30]. p.1-14. Available from: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_373.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_373.pdf).
23. Jakob AA. Análise Sócio-Demográfica da Constituição do Espaço Urbano da Região Metropolitana da Baixada Santista no período 1960-2000 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2003.
24. Governo do Estado de São Paulo, Agência Metropolitana da Baixada Santista. Programa Regional de Identificação e Monitoramento de Áreas Críticas de Inundações, Erosão e Deslizamentos - PRIMAC [Internet]. São Paulo: Agência Metropolitana da Baixada Santista; [cited 2014 Dec 31]. [about 1 screen]. Available from: <http://www.agem.sp.gov.br/portfolio/primac/>.
25. Santos TF, Andreoni S, de Souza e Silva R. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 4];15(1):123-33. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/en\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/en_11.pdf).
26. Valladares L. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. Rev Bras Ci Soc [Internet]. 2000 [cited 2014 Dec 31];15(44):5-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n44/4145.pdf>.
27. Zaluar A, Alvito M. Um século de favela. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
28. de Souza e Silva J, Barbosa JL. Favela, alegria e dor na cidade. Rio de Janeiro: Senac; 2005. (Coleção valores e titudes; vol. 3; Série valores, territórios).
29. Cerqueira MB, Pupo LR. Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista. In: Escuder MM, Monteiro PH, Pupo LR, organizadores, editors. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada

- Santista. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. p. 193-215. (Temas em Saúde Coletiva; no. 8).
30. Mann J, Tarantola DJ, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R, editor, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores da edição Brasileira, editors. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: ABIA; 1993. p. 275-300. (Historia social da AIDS).
31. Seade [Internet]. São Paulo: Fundação Seade; [cited 2014 Dec 16]. Índice Paulista de vulnerabilidade social; [about 1 screen]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/subprefeituras.php>.
32. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0 [computer program]. Chicago: SPSS Inc; 2008.
33. Channon AA, Falkingham J, Matthews Z. Sexual and reproductive health and poverty. In: Malarcher S, editor. Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2010 [cited 2014 Nov 8]. p. 73-91. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/tools/WHO\\_SocialDeterminantsSexualHealth\\_2010.pdf](http://www.who.int/social_determinants/tools/WHO_SocialDeterminantsSexualHealth_2010.pdf).
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual Técnico [Internet]. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2002 [cited 2014 Nov 6]. 150 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; no. 40). Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>.
35. Portal Brasil. Planejamento familiar [Internet]. Brasília: Governo Federal; 2011 Sep 6 [cited 2014 Nov 7]. [about 1 screen]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>.
36. Souza MG, Fusco CL, Andreoni SA, de Souza e Silva R. Prevalência e características sociodemográficas de mulheres com aborto provocado em uma amostra da população da cidade de São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 11];17(2):297-312. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt\\_1415-790X-rbepid-17-02-00297.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00297.pdf).
37. Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. Estud Av [Internet]. 2003 [cited 2014 Nov 6];17(49):65-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18397.pdf>.
38. Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. Perfect Int Planej Fam [Internet]. 2001 [cited 2014 Nov 7];Spec:10-9. Available from: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701001P.pdf>.

39. 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 [Internet]; 1994 Sep 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 [cited 2014 Dec 16]. p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1]. Disponible en: [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/572\\_filename\\_finalreport\\_icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf).

## Abstract

**Objective:** this research aimed at calculating the prevalence of women with induced and unsafe abortion (IA/UA) and spontaneous abortion (SA) as well as the sociodemographic characteristics (SDC) associated to them in a low income population. **Method:** it consists of a cross-sectional study, with a random sample of women in fertile age from 15 to 49 years of age, living in *Favela México 70*, in São Vicente- SP, performed in the last quarter of 2008. The method used for the analysis of the data was the Multiple Multinomial Logistic Regression (MMLR) in order to determine the main independent variables associated to the occurrence of induced abortion, with CI = 95% and  $p < 0.05$ . The statistical analyses were performed with the help of the SPSS software, version 17.0. **Results:** Among the 860 women from 15 to 49 years of age living in this community, it was observed a median of 2 pregnancies for women without abortions and, for women who reported induced abortion (IA), 51 women, a median of 4 pregnancies. It was also observed a mean of 2,53 live born children/women in the studied population. In the final MMLR model, there remained the following categorized independent variables: “number of LB children > 2” (OR=4.0), showing that women with 2 or more children have a 4-times-higher chance of inducing an abortion and “accepting abortion by lack of economic conditions” (OR=11.5), which indicates that women without economic conditions of continuing pregnancy and/or raising one more child present an 11.5 times higher chance of inducing an abortion. It may be concluded that, by lack of an efficient contraception system and family planning, women with low income up to now, after 20 years of the ICPD, Cairo, 1994, resort to induced and unsafe abortion in order to diminish their own fertility and family size, in face of an unintended, unwanted or inopportune pregnancy.

## **Bibliografia consultada**

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724: Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro; 2011.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1993.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication [Internet]. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct; cited 2014 Dec 20]. Available from: <http://www.icmje.org>

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2009 Oct 21; cited 2014 Dec 20]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Rother ET, Braga ME. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2a ed. rev. atual. São Paulo; 2005.