

**MILENA GOULART SOUZA**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS COMO FATORES  
DETERMINANTES NA PREVALÊNCIA DE ABORTO PROVOCADO  
NA CIDADE DE SÃO PAULO – SP – 2008**

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – UNIFESP – para  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

**SÃO PAULO  
2011**

MILENA GOULART SOUZA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS COMO FATORES  
DETERMINANTES NA PREVALÊNCIA DE ABORTO PROVOCADO NA  
CIDADE DE SÃO PAULO – SP – 2008

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – UNIFESP – para  
obtenção do título de Mestre em Ciências.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rebeca de Souza  
e Silva  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Solange  
Andreoni

SÃO PAULO  
2011

693

Souza, Milena Goulart

Características sociodemográficas como fatores determinantes na prevalência de aborto provocado na cidade de São Paulo - SP / Milena Goulart Souza. - 2011.

59 f.:il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rebeca de Souza e Silva.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Solange Andreoni.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 2011.

1. Aborto provocado. 2. Aborto Espontâneo. 3. Saúde pública. 4. Saúde reprodutiva. I. Título.

***DEDICO*** este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para sua realização. Em especial a Deus, aos meus pais José Lázaro de Souza e Márcia Araújo Goulart. À minha querida irmã Alessandra Araújo Cardoso. Ao meu namorado Lucas Moreira Gonçalves, e a minha orientadora Prof. Dra. Rebeca de Souza e Silva e coorientadora Prof. Dra. Solange Andreoni.

## **AGRADECIMENTOS**

É extremamente complicado agradecer um trabalho tão difícil e que, com toda certeza, obtive a contribuição de muitas pessoas, portanto, desde já, peço minhas sinceras desculpas, se aqui faltar o nome de alguém.

Primeiramente agradeço a Deus pela luz e pela força para a realização desta conquista.

A minha querida orientadora Prof. Dra. Rebeca de Souza e Silva e coorientadora Prof. Dra. Solange Andreoni, pelas horas dedicadas a minha pesquisa, por sua paciência e seu apoio de sempre.

Aos responsáveis pela minha existência nesse mundo: José Lázaro de Souza e Márcia Araújo Goulart. Sem vocês, jamais teria conseguido chegar até aqui. Obrigada pela criação, pelos estudos, e pela força que sempre me deram para me tornar cada dia uma pessoa melhor.

Ao meu tio Levy Jacynto Cardoso pelas preocupações e orações feitas por mim.

A minha irmã Alessandra Araújo Cardoso que inúmeras vezes também me auxiliou na presente pesquisa.

Ao meu namorado Lucas Moreira Gonçalves, por seu ombro amigo, horas de consolo, paciência, carinho e apoio de sempre.

A minha amiga Flávia Cecílio Ribeiro que, além de sua amizade, sempre me apoiou, não me deixando desanimar nos momentos mais difíceis.

A querida tia e professora Maria Aparecida Negrinho pela leitura e revisão gramatical de meu texto.

Aos meus queridos amigos do Mestrado: Tássia Ferreira Santos, Maria de Lourdes Dutra, Mário Tsui, Alexandre Kikuti, Daniela Sakumoto. Traçamos histórias e acontecimentos juntos. Rimos, choramos, preocupamos e estudamos com todas as nossas forças e dificuldades.

Esse trabalho não se concluiria sem o apoio e a atenção de vocês. Os meus sinceros agradecimentos a todos.

*Quanta coisa acontece na vida... quanta coisa mágica, doce, colorida, e, muitas vezes, quanta coisa má.*

*Mas o gostoso da vida é seu enredo, o amanhã vestido de segredo, que a gente espera com anseio e medo, sem saber como esse amanhã virá!*

GOULART, M. A.

## RESUMO

Abortar é o ato de interromper a gravidez antes mesmo do feto atingir a capacidade de viver fora da barriga da mãe. Alguns obstetras consideram o aborto a interrupção da gravidez no período igual ou inferior a 22 semanas de gestação. Independente de técnicas e pontos de vista com relação ao aborto leva-se em conta o lado social, o estado civil, a idade, o fato de se usar ou não algum método contraceptivo, a escolaridade e a renda obtida pelas famílias, em que a decisão de se abortar pode ser tomada a qualquer instante. Em alguns países a prática é legal e realizada em clínicas que podem oferecer o aparato necessário a este procedimento, diferentemente do que ocorre em países onde o aborto não é previsto em lei, pois este geralmente oferece risco à mulher, já que muitas vezes é praticado de forma insegura. No Brasil, o código penal vigente desde 1940 autoriza o aborto apenas em caso de estupro ou de risco de vida para a mãe, quando o mesmo é reconhecido como um importante problema de saúde pública em todo o mundo. O presente estudo estima a prevalência de mulheres com história de abortos em idade fértil (15 a 49 anos de idade), sendo um estudo transversal resultante da amostra de mulheres residentes na cidade de São Paulo – SP no ano de 2008. Os números foram obtidos perante aplicação de questionário, onde as variáveis consideradas estavam ligadas à classificação da mulher quanto à prática do aborto: que não praticaram aborto e aquelas que abortaram. As variáveis independentes constituíram na idade, atividade remunerada, renda, escolaridade, estado conjugal, contraceptivo e nascidos vivos. A análise estatística para a avaliação foi realizada através de testes de modelos de regressão log binomial com aproximação de Poisson e variância robusta. Dentre o total de mulheres entrevistadas com alguma gestação (n=683) 652 não provocaram o aborto (95,5%) e 31 mulheres o provocaram (4,5%). Já as mulheres solteiras (RP=2,79, p=0,0159) declararam um maior número de aborto quando comparadas às demais. O estudo aponta também mulheres de 40 a 44 anos (RP=2,76, p=0,0043) como as que mais recorreram à prática do aborto. Também, mulheres que disseram ter cinco ou mais filhos nascidos vivos, (RP=3,97, p=0,0013), usarem Pílula ou DIU (RP=2,70, p=0,0454) ou ainda métodos contraceptivos não eficazes (RP=4,18, p=0,0009) foram as que mais verbalizaram recorrer à prática.

**Palavras-chave:** Aborto provocado; Saúde Pública; Saúde Reprodutiva.

## ABSTRACT

Abortion is the act to terminate a pregnancy before the fetus reaches the ability to live outside the womb. Some obstetricians consider abortion the termination of pregnancy in the period equal to or less than 22 weeks of gestation. Regardless of techniques and views on abortion takes into account the social, marital status, age, the fact of using or not using any contraception, schooling and income earned by families in which the decision to abort can be taken at any time. In some countries it is legal and performed in clinics that can offer the apparatus required for this procedure, unlike what happens in countries where abortion is not provided by law, for often pose a risk to the woman, as is often practiced insecurely. In Brazil, the penal code in effect since 1940 allows abortion only in cases of rape or life-threatening for the mother when it is recognized as an important public health problem worldwide. This study estimates the prevalence of women with a history of miscarriages of childbearing age (15 to 49 years old), with a resulting cross-sectional study sample of women living in São Paulo - SP in 2008. The figures were obtained before application of a questionnaire, where the variables considered were related to the classification of anxiety about abortion: that abortion did not practice and those who aborted. Independent variables consisted of age, paid work, income, education, marital status, contraceptive and live births. Statistical analysis was performed for evaluation through tests of log binomial regression models with Poisson approximation and robust variance. Among the total number of interviewed women with some pregnancy (n=683) did not cause abortion 652 (95.5%) and 31 women provoked (4.5%). Single women (PR=2.79, p=0.0159) reported a greater number of abortions compared to the other. The study also points to women aged 40 to 44 years (PR=2.76, p=0.0043) as that most resorted to abortion. Also, women who reported having five or more live births (PR=3.97, p=0.0013), Pill or IUD use (PR=2.70, p=0.0454) or effective contraceptive methods (PR=4.18, p=0.0009) were the ones that reported having used this practice.

**Keywords:** Induced abortion; Public Health, Reproductive Health.



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Legalidade do aborto no mundo	13
Quadro 2 –	Perfil da incidência do aborto na América Latina	14
Quadro 3 -	Projeção de população residente em 1º de julho no município de São Paulo – 2008	40
Tabela 1 -	Dados demográficos das mulheres avaliadas	28
Tabela 2 -	Médias calculadas para total de mulheres e para as que engravidaram	30
Tabela 3 -	Distribuição de mulheres sem aborto e com aborto provocado, para o total de mulheres	32
Tabela 4 -	Modelo final da análise de regressão para razão de prevalência de aborto provocado (AP) para o total de mulheres	34
Tabela 5 -	Prevalência de mulheres que engravidaram segundo características	34
Tabela 6 -	Distribuição das mulheres sem aborto e com aborto provocado para o total de mulheres que engravidaram	37
Tabela 7 -	Modelo final da análise de regressão para razão de prevalência de aborto provocado (AP) para mulheres que engravidaram	39

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
2.1 O ABORTO INSEGURO.....	12
2.1.1 Criminalização e legislação.....	12
2.1.2 A luta pela legalização do aborto.....	15
2.1.3 A realidade do aborto no Brasil.....	17
<b>3 CARACTERÍSTICAS DO ABORTO DO ABORTO.....</b>	<b>19</b>
<b>4 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>22</b>
<b>5 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
5.1 OBJETIVO GERAL.....	23
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>6 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>24</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
6.2 POPULAÇÃO ALVO.....	24
6.3 TAMANHO DA AMOSTRA.....	24
6.4 AMOSTRAGEM.....	25
6.5 QUESTIONÁRIO.....	25
6.6 VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	26
6.7 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	26
6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
<b>7 RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	28
7.2 DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES SEGUNDO ABORTO PROVOCADO NO TOTAL DE MULHERES.....	31
7.3 DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM.....	34
7.4 DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES SEGUNDO ABORTO PROVOCADO NO TOTAL DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM.....	36
<b>8 DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>10 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, 1978 o aborto inseguro constitui um processo de interrupção de uma gravidez não planejada, realizado por pessoas sem a necessária capacitação profissional e/ou (conduta clínica de interrupção de uma gestação) e/ou em um ambiente que não obedeça aos padrões médicos estabelecidos.

Alguns obstetras delimitam o tempo de gestação para definir o aborto: até a 22<sup>a</sup> semana da gravidez. Após esse período, a interrupção é considerada parto pré-maturo e se houver óbito do feto, este é considerado natimorto. Ou seja, até os cinco meses e meio de gravidez, a expulsão do feto é considerada aborto pela medicina. Dos cinco meses e meio em diante, é nomeado ou é interpretado como parto pré-maturo. (REZENDE, 2008)

Os abortos podem ocorrer de forma espontânea ou induzida. Serão denominados espontâneos, se a interrupção ocorrer em consequência de vários fatores de ordem natural, isto é, se a expulsão do feto for realizada pelo próprio organismo, sem interferência externa. E serão induzidos, se houver interferência de agentes mecânicos (cureta, aspiração, entre outros) ou químicos (remédios abortivos) (VERARDO, 1987). No Brasil, quando há indução do aborto ocorrem muitas controvérsias. Já em outros países, é uma prática restrita por lei. Contudo é invariavelmente praticado por milhares de mulheres em clínicas clandestinas, pagando para realização do procedimento preços extorsivos. Todavia nem sempre o aborto foi polêmico ou crime; com o transcorrer do tempo, em diferentes sociedades, esse assunto vem sofrendo muitas variações.

O aborto, principalmente o realizado em más condições, pode causar lesões ou gerar seqüelas para a mulher podendo culminar com a sua morte. O Brasil representa a 4<sup>o</sup> causa de morte materna, superado apenas pela hipertensão arterial, hemorragia e infecção (Cecatti, Sorrentino, Canella, Araújo, 1997).

A morte por aborto é considerada como morte materna direta (resultante de complicações obstétricas na gestação, parto ou puerpério por

intervenções, omissões ou tratamentos incorretos), evitável na maioria das vezes, cujos níveis de cobertura são baixos tanto em relação à omissão de seu registro em cartório como em relação ao preenchimento correto da causa básica ou causa principal do óbito. A morte, cuja causa tenha sido um aborto, acaba sendo menos declarada que as mortes conseqüentes a hemorragias ou eclampsias, porque estas, mesmo evitáveis, não sofrem os efeitos dos danos morais, culturais e religiosos.

Verifica-se que o tema é de suma importância, pois se sabe como o aborto induzido é freqüente no Brasil e como é alta a incidência de complicações pós-aborto.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 ASPECTOS SOCIAIS DO ABORTO INSEGURO**

#### **2.1.1 Criminalização e legislação**

A prática do aborto é tão antiga quanto o homem. As mulheres nunca deixaram de realizá-lo, apesar das sanções, controles, legislações e intimidações surgidas através da história da humanidade (PRADO, 1991).

Segundo o Código Penal Brasileiro, o aborto no Brasil é visto como um crime contra a vida, prevendo detenção de 01 a 10 anos, de acordo com a situação. O artigo 128 do Código Penal Brasileiro dispõe que não se pune o aborto somente quando é realizado por motivo de estupro, ou quando não há outro meio para salvar a vida da mãe, ou seja, não há aborto legal. No caso, denomina-se uma prática oficializada de um ato criminoso.

O Código de ética médica citado em Verardo (1987), elaborado pelo conselho regional de medicina, em vigor desde 11/01/1965, nos termos do artigo 30 da lei nº 3268, de 30/09/1957 dispõe o seguinte:

Artigo 54. O médico não deverá provocar o abortamento, salvo quando não houver outro meio de salvar a vida da

gestante ou quando a gravidez resultar de estupro, mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou de seu responsável legal.

§ 1.º Em qualquer desses casos, expressos na lei, o médico poderá intervir depois do parecer de pelo menos, dois colegas, ouvidos de conferência.

§ 2.º Da conferência será lavrada ata em três vias, uma das quais será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao diretor clínico do estabelecimento em que se vai realizar a intervenção, e ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

O Quadro 1 a seguir, mostra a legalidade do aborto no mundo:

**Quadro 1 - Legalidade do aborto no mundo**

Não permitem, exceto quando há risco para a vida da mãe		Permitem com restrições		Permitem o aborto	
Afeganistão	Libano	Alemanha	Grécia	África do Sul	França
Angola	Líbia	Arábia Saudita	Iraque	Austrália	Holanda
Brasil*	México*	Argélia	Israel	Áustria	Hungria
Chile	Moçambique	Argentina	Jamaica	Bélgica	Inglaterra
Colômbia	Nicarágua	Bolívia	Jordânia	Bulgária	Itália
Costa do Marfim	Nigéria	Camarões	Libéria	Canadá	Japão
Filipinas	Paraguai	Congo	Malásia	China	Noruega
Guatemala	Quênia	Coréia do Sul	Marrocos	Cingapura	Romênia
Haiti	República Dominicana	Costa Rica	Panamá	Coréia do Norte	Rússia
Honduras	Síria	Egito	Paquistão	Cuba	Suécia
Indonésia	Somália	El Salvador	Peru	Dinamarca	Tunísia
Irã	Sudão	Equador	Polônia	Estados Unidos	Turquia
Irlanda	Venezuela	Espanha	Portugal	Finlândia	Vietnã
* Brasil e México admitem aborto em caso de estupro ou risco de vida para a mãe.		Etiópia	Suíça		

**Fonte:** REVISTA VEJA, 08 Jul. 1998.

O Quadro 1 mostra os países que não permitem o aborto, exceto quando há risco para a vida da mãe, cujo item em que o Brasil se encontra, pois permite o aborto em caso de estupro ou risco de vida para a mãe, dentre outros 26 países que se encontram na mesma situação, os países que permitem o aborto com restrições, totalizando 28 países e finalizando, 26 países que permitem o aborto em quaisquer ocasiões.

O Quadro 2 apresenta o perfil da incidência do aborto na América Latina:

**Quadro 2** - Perfil da incidência do aborto na América Latina

<b>País e ano</b>	<b>Índice de aborto em mil mulheres de 15 à 49 anos</b>	<b>Número de abortos induzidos</b>
Brasil (1991)	38,1%	1.443.339
Chile (1990)	45,4%	159.644
Colômbia (1989)	33,7%	288.395
República Dominicana (1992)	43,7%	82.489
México (1990)	23,3%	533.098
Peru (1989)	51,8%	271.162

*Fonte: REVISTA VEJA, 08 Jul. 1998.*

De acordo com o Quadro 2, apesar de terem se passado 17 anos com relação à publicação referente aos dados do Brasil, nota-se que os números de aborto não foram alterados nesse tempo de acordo com o presente estudo, que também aponta mais de um milhão e quatrocentos mil abortos no ano de 2008.

Segundo a Sociedade Cubana de Desenvolvimento da Família (2008), o aborto em Cuba é legalizado e o número de abortos no ano de 2006 correspondeu a 67.903 mulheres na faixa dos 12 aos 49 anos que se submeteram a pelo menos um aborto, ou seja, de cada 100 mulheres grávidas, 37 abortaram, mostrando que o procedimento é utilizado como método contraceptivo e aponta também que os abortos aumentam durante a adolescência, desencadeando problemas maiores, já que, segundo dados oficiais, 70% das mulheres que passam por consultas sobre fertilidade para engravidar abortaram uma ou duas vezes durante a adolescência. Desde a

década de 1970, a taxa média de fecundidade é inferior ao nível estimado para a renovação da população cubana, trazendo uma implicação demográfica importante que já foi detectada também no Japão após a liberação do aborto. (Landoli, 2007).

### 2.1.2 A luta pela legalização do aborto

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) ocorrida na cidade do Cairo no ano de 1994 aprovou um plano de ação de 20 anos que representou uma mudança de paradigma com respeito ao debate populacional. Em seu quarto parágrafo, é dito em promover a igualdade dos sexos e o direito da mulher de que seja ela quem controla sua própria fecundidade. Já, o parágrafo oito afirma que os países devem tomar todas as medidas para garantir o acesso universal a serviços de cuidado de saúde, incluindo os relacionados com a saúde reprodutiva, bem como planejamento familiar e saúde sexual.

Segundo Aquino (2007), “a cada dia cresce a grande mobilização para a aprovação do aborto no Brasil, sobretudo por parte dos movimentos feministas, professores e estudantes universitários, governo, e outras entidades que defendem o aborto; a sociedade está sendo pressionada a aprovar o aborto.” Ainda, segundo o autor, “no Congresso Nacional tramitam hoje cerca de 37 projetos diversos que têm como finalidade aprovar a prática do aborto”.

De acordo com Diniz (2011), “ainda há dificuldade de discutir a legalização do aborto, pois o debate sobre o tema, ao invés de se centrar em aspectos políticos, ou seja, como uma questão de importância fundamental ao direito das mulheres de decidirem livremente sobre seus corpos, sobre sua sexualidade, sobre sua reprodução, é pautado pela discussão moral, polarizada entre aqueles que são favoráveis e aqueles que são contra o aborto”.

O tema do aborto deve ser abordado como uma questão de saúde pública e de direitos humanos das mulheres, lembrando que o aborto inseguro é uma causa evitável de morte materna (ADESSE, 2007).

Segundo Suplicy (1983), o ponto principal é que a mulher é dona do seu próprio corpo e só ela deve decidir se tem condições ou não para ter um filho. Para a autora, o direito do feto não deve ser mais importante do que o direito da mulher que o carrega no ventre. Quando é visto como um ato legal, o aborto permite assistência psicológica adequada à mulher, antes e após a execução, além disso, se é realizado em condições médicas adequadas, não causa danos à saúde.

De acordo com Prado (1991), a tênue distância entre o acaso e o acidente, entre a ação e o inconsciente e o desejo de ter um filho, bem como a culpa por não tê-lo desejado em determinado momento, torna o termo aborto impregnado de tabus. Numa sociedade democrática, a “moral coletiva” é estabelecida por meio de leis. Assim cabem aos legisladores, os legítimos representantes do povo, analisar, discutir e definir entre o certo e o errado sobre determinadas questões. No Brasil, até o presente momento, a prática do aborto é criminosa (WUSTHOF, 2002).

Para Suplicy (1983), abortos feitos no início da gravidez, por médico competente e lugar apropriado são simples e seguros. Ressalta que a média de mortalidade entre abortos legais nos Estados Unidos é de aproximadamente 1 em 20 mil abortos. A autora explicita ainda que nos países onde o aborto é legalizado, o número de abortos praticados não aumentou com a legalização, o que muda são as condições em que se faz o aborto, principalmente para a mulher pobre.

Em entrevista com Clarisse Menezes publicada no jornal palavra operária da liga estratégia revolucionária no ano de 2009 sobre o dia de luta pela descriminalização do aborto na América latina, ela explicita que é preciso que as mulheres de toda a América Latina se levantem para dizer “basta de mortes” por abortos clandestinos, para que se possa decidir sobre os próprios corpos e vidas, lutando assim por uma educação sexual em todos os níveis da educação pública, por contraceptivos gratuitos de qualidade e pelo direito ao aborto legal, livre, seguro e gratuito, garantido pelo Estado.

A Secretaria de Saúde pública (2005) cita uma regulamentação, por meio da qual o médico servidor público pode se recusar a fazer o aborto, mesmo nos casos em que é considerado legal, bastando alegar princípios morais ou éticos contrários a essa prática. Nesse sentido, destacamos Segatto



(2007), quando explicita que obrigar os hospitais públicos a realizarem abortos é corroborar a utilização do abortamento como mais um método anticonceptivo, isso se evidencia em países, onde essa prática foi legalizada.

Todos os que se manifestam contra o aborto ou a favor, estão de acordo em um ponto: os aspectos negativos desse ato poderiam ser melhorados hoje com os aperfeiçoamentos desenvolvidos pela medicina, tanto no que diz respeito à técnica, quanto à pesquisa ou à preparação pessoal (VERARDO, 1987). Suplicy (1983) afirma que é “obvio que ninguém defende o aborto como método anticoncepcional. Ele é o último recurso para se controlar a natalidade.”

### 2.1.3 A realidade do aborto no Brasil

Segundo Prado (1991) é extremamente difícil conhecer a situação exata dos abortos que se praticam no Brasil, pois não se publicam dados a respeito do problema. Pode-se ter apenas conhecimento do número de mulheres que chegam com urgência aos hospitais, já em processo de abortamento, pois os bem-sucedidos se mantêm no anonimato.

No Brasil, ainda é o Código Penal de 1940 que legisla sobre o aborto, uma vez que a Constituição de 1988 não o alterou. Esse Código Penal trata do aborto no Título I (Dos Crimes contra a Pessoa), Capítulo I (Dos crimes contra a vida), nos artigos 124 a 127. Segundo essa lei, o somente aborto “terapêutico” não é considerado crime.

A lei estabelece algo que, na prática, não acontece na vida de muitas mulheres. Segundo o documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2004, no Brasil anualmente ocorrem aproximadamente 1,4 milhão de abortamentos, entre naturais e inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para cada 100 mulheres.

A maioria desses abortos são inseguros, ou seja, procedimentos para interromper a gestação indesejada, efetivado por pessoas sem a capacidade necessária e/ou em um ambiente que não cumpre com os mínimos requisitos médicos, (OMS, 1978). Vale destacar que o procedimento de

curetagem (raspagem uterina) é hoje o segundo procedimento obstétrico mais realizado no país, denunciando taxas consideravelmente elevadas de tentativas de aborto.

Para Segatto (2007), ao engravidarem sem esperar ou sem querer o filho, muitas mulheres agem movidas pelo desespero, buscando soluções clandestinas, expondo-se a situações de risco para sua vida. A maioria delas utiliza o Cytotec (medicamento indicado para úlcera que leva ao abortamento, composto à base de Misoprosol), para a prática do aborto, cuja comercialização é proibida pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). No Brasil, o único remédio para aborto registrado na ANVISA é Protokos, utilizado apenas em hospitais credenciados. As mulheres que se utilizam de práticas inseguras para o abortamento, além de estarem correndo risco de vida, podem perder os ovários, útero, provocar perfuração uterina, perfuração da bexiga e do intestino, podendo ficar expostas a graves situações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As mulheres com alto poder aquisitivo, quando vivenciam uma gravidez indesejada e optam por não tê-la, abortam, mediante preços altos, mas sem danos à sua saúde. Já as mulheres sem muitos recursos financeiros, não têm muita escolha. Muitas vezes querem ter o filho, mas não têm condições de mantê-lo. Então, quase sempre, praticam o aborto de forma insegura com condições e consequências perigosas à saúde (SUPLICY, 1983). Com a problemática referente à qualidade dos serviços de saúde prestados, o quadro de aborto inseguro pode ser agravado com a dificuldade de acesso da população às informações e aos métodos contraceptivos.

Suplicy (1983) questiona que, se a pessoa não tem médico para orientá-la na escolha da pílula ou para colocar o DIU, não tem dinheiro para comprar o diafragma, de que adianta saber que eles existem? É de fundamental importância a criação de centros de saúde, dirigidos pela própria comunidade, que orientem a mulher e o homem, no sentido de providenciarem o anticoncepcional escolhido. Ela lembra o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que destaca a grande importância do acesso à informação, pois a ausência desta ou a dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribuem para o surgimento de situações de risco e de vulnerabilidade ao bem estar físico da mulher.

### 3 CARACTERÍSTICAS DO ABORTO

As estatísticas oficiais de abortos legais, obviamente, seriam o instrumento mais eficaz, constituindo-se no ponto de referência para validação de estimativas derivadas de outras fontes de dados. Não obstante, esta fonte não está livre de imperfeições. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1978), somente em alguns países onde o aborto é legalizado, dispõe-se de registros que oferecem informações fidedignas e completas de sua ocorrência.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2005), a cada ano, vinte milhões de abortos clandestinos provocados ocorrem em condições inadequadas no mundo. Aproximadamente de 10% a 50% das mulheres que abortam, requerem assistência médica por complicações. Já no Brasil, de um milhão dos casos estimados de aborto ocorridos, 850 mil são abortos inseguros. Este número contribui para o aborto ser classificado como a quarta causa de morte materna no país.

Segundo Rezende (2008), as complicações mais comuns, resultantes de abortos mal feitos são infecções graves, choque hemorrágico, perfuração do útero, com necessidade de remoção cirúrgica e até a morte. Outra seqüela do aborto se dá em caráter emocional, pois a mulher pode ter depressão, angústia e sentimento de culpa.

A estrutura de clandestinidade (portas fechadas, linguagem em código e até circuito interno de TV encontrado em clínicas de São Paulo para absoluto controle de quem entra e sai) aumenta a percepção das mulheres de que estão transgredindo as leis. Isso as faz se sentirem ainda mais constrangidas e culpadas (REZENDE, 2008).

Provavelmente, a informação seria mais completa quando, por lei, fosse obrigatório autorizar oficialmente cada aborto e quando todos os abortos legais fossem realizados em hospitais ou estabelecimentos sujeitos à fiscalização oficial. Destaca-se que a informação é ainda menos ocultada quando os abortos são realizados em consultórios particulares. Nesse sentido, além de sub-informação, podem ocorrer imprecisões com respeito às características pessoais da mulher, tais como: local de residência, idade e

duração da gestação, valores pagos, relações matrimoniais afetadas (VOLOCHKO, 2003).

Em países onde a legalização é limitativa, a possibilidade de se estudá-lo através de estatísticas oficiais é pautar o aborto no dano culminante, o óbito (SILVA, 1998). Entretanto, segundo a pesquisadora, a qualidade deste procedimento é bastante questionável. Além das indefinições das informações contidas nas certidões de óbitos, outro entrave é a desvantagem de não se conseguir avaliar a maneira como o aborto é realizado (SILVA, 1998).

A experiência ensina, contudo, que não é fácil obter a cooperação das entrevistadas, a ponto de muitas se excluírem do estudo. Além disso, outro aspecto negativo é de serem demasiadamente caros, sobretudo quando requerem a prática de provas laboratoriais (OMS, 1978).

Em sua pesquisa, Silva (1990) sugeriu simplesmente, a coleta de informação básica, de forma sigilosa, nos arquétipos de uma eleição. Houve também, a oportunidade de ratificar o sucesso desse tipo de abordagem naquela própria região de Vila Madalena – SP, em 2000. Esse estudo revelou que o levantamento sigiloso capta o dobro de abortos provocados, se comparado ao levantamento direto de informações.

Esse mesmo procedimento de levantamento de elementos foi utilizado numa pesquisa populacional, na Colômbia, para a caracterização do aborto provocado, sobre o título de “diligenciamento secreto”, obtendo do mesmo modo, estimativas combinantes com as apresentadas pelo Instituto Alan Guttmacher (Zamudio, 1994). No Brasil, foi ainda utilizada por Olinto (1998) numa população de mulheres universitárias com visíveis vantagens na qualidade das estimativas (MALDONADO, 2006).

O cálculo dos dados resultantes dessas três investigações de campo implica uma substantiva omissão de aborto provocado, ao se trabalhar com questionamento direto - girando em torno de 80% - quando em afronte com o levantamento secreto (autopreenchido) (SILVA, 1998).

No entanto, a coleta de dados mostra que as mulheres que mais omitem um aborto provocado, são ainda as que mais recorrem a tal prática. Diga-se de passagem, que a conduta das mulheres que provocaram o aborto, revelou-se a despeito das heterogeneidades socioeconômicas, existentes entre a região de Vila Madalena, Vila Mariana e a Cidade de São Paulo -, bem como

da época em que os dados foram coletados – em 1986 e 2000 na região de Vila Madalena; em 1993, na Cidade de São Paulo e em 2007, na região de Vila Mariana.

Já uma pesquisa conduzida por pesquisadores de Brasília e pelo instituto de bioética (Direitos humanos e gênero) foi realizada no ano de 2010, utilizando-se de questionários e técnicas de urna.

A pesquisa obteve levantamento de dados sobre o Brasil urbano em uma amostra de 2002 mulheres alfabetizadas com idade entre 18 a 39 anos. O fato das próprias mulheres responderem ao questionário garantiu total sigilo das entrevistadas. Por esse motivo, não se coletaram informações no Brasil rural, por se temerem os altos graus de analfabetismo, o que poderia introduzir um viés na pesquisa.

A pergunta principal da pesquisa era “Você já fez aborto alguma vez”? Em caso afirmativo, em que idade foi realizado, se usou medicamento para fazê-lo e se ficou internada em função desse aborto. Esse tipo de questionamento foi simples, uma vez que eram autopreenchidos. Além disso, a informação contextual do restante do questionário (três questões adicionais) enfatizava a sondagem do aborto induzido. Mesmo assim, apesar da redação utilizada ter como objetivo a captação de abortos induzidos, é possível que tenha captado também abortos espontâneos. As estimativas referem-se a abortos feitos em qualquer período da vida, e não somente aqueles ocorridos no ano de 2010. A pesquisa indicou que o aborto é tão comum no Brasil que, ao completar 40 anos de idade, mais de uma em cada cinco mulheres, já fizeram aborto, o que representa 22% das entrevistadas. A proporção de mulheres jovens que já fizeram um aborto é menor, apresentou-se um índice de 6% entre 18 e 19 anos. Em outras palavras, no início da vida reprodutiva, uma em cada 20 mulheres já fez aborto, cerca da metade das mulheres que fizeram aborto utilizaram algum tipo de medicamento para induzi-lo.

Verardo (1987) também ressalta que as pessoas pertencentes às camadas mais pobres da população, tentam o aborto, correndo riscos seríssimos de perfuração do útero, hemorragia, entre outros, ou abortam com uma pessoa sem a devida qualificação para tal e sem os necessários cuidados médicos, com riscos de sérios danos à saúde. Para Suplicy (1983), um aborto mal feito poderá custar semanas de hospital, aumentando o custo para o

Estado. Já o aborto seguro dura, em média, meia hora e a mulher retorna a sua casa no mesmo dia.

Um dos argumentos mais utilizados pelos defensores da liberalização do aborto é o de querer acabar com os abortos clandestinos, por serem feitos em más condições higiênicas e médicas, pondo em risco a saúde da mãe também. Claro que, ao falar do drama do aborto clandestino, uma vez mais, se está a falar do drama das mulheres que abortam. Todavia se omite totalmente a referência ao drama do feto abortado, pois a sua legalização não evita o trauma psicológico do qual a mulher é acometida (REZENDE, 2008).

Para Suplicy (1983), uma vez que uma mulher se torna mãe, ela será sempre mãe, tenha ou não nascido o seu filho. O filho morto sempre fará parte da sua vida, por mais longa que ela seja. O aborto não é definitivamente uma "solução fácil" de um grave problema, mas um ato agressivo que terá repercussões contínuas na vida da mulher.

#### **4 JUSTIFICATIVA**

Verifica-se que o tema é de suma importância, tanto para a área de Saúde Reprodutiva quanto para a área de Demografia, pois se sabe como o aborto induzido é freqüente no Brasil e como é alta a incidência de complicações pós-aborto. Não é de admirar que abortos realizados em situações diversas de clandestinidade sejam seguidos de complicações severas que demandam atenção médica, podendo levar a mulher à morte (HENSHAW, 1990).

Na atual circunstância, parece imperativa a necessidade de se avaliar adequadamente como se dá a recorrência ao aborto provocado numa população como a cidade de São Paulo. Ademais, as variáveis abordadas permitirão sua comparabilidade com a pesquisa realizada no mesmo município, no ano de 1993, e observar o que mudou no perfil de mulheres com aborto no ano de 2008.

Somente com a utilização de uma análise múltipla ou multivariada, pode-se estabelecer devidamente a relação existente entre aborto, fecundidade e anticoncepção.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

O presente trabalho tem como objetivo geral estimar a prevalência de mulheres com história de Aborto Provocado, residentes na cidade de São Paulo - SP, segundo algumas características sociodemográficas.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Os objetivos específicos são:

1. Identificar os fatores sociodemográficos que expliquem a prevalência de mulheres com algum aborto provocado, dentre o total de mulheres entrevistadas.
2. Explicitar os fatores sociodemográficos que expliquem a prevalência de mulheres com algum aborto provocado, dentre as mulheres com história de gestações.
3. Discutir os fatores sociodemográficos que expliquem a prevalência de mulheres com alguma gestação (TMG) dentre o total de mulheres.

## 6 MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa é derivada de um estudo financiado pelo CNPq (Edital 22) realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP no ano de 2008.

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com amostragem probabilística conduzido no município de São Paulo no último trimestre de 2008.

### 6.2 POPULAÇÃO ALVO

Mulheres em idade fértil, ou seja, entre 15 e 49 anos de idade, residentes na cidade de São Paulo, no último trimestre de 2008.

### 6.3 TAMANHO DA AMOSTRA

Para a pesquisa do Edital 22, foi utilizado o cálculo de tamanho de amostra baseado em métodos de estimação de prevalências ou proporções.

A determinação do tamanho amostral necessário para um desenho casual simples foi obtida mediante a resolução da seguinte equação:

$$N = (Z_{\alpha/2})^2 p (1-p) / e^2$$

derivada da fórmula do intervalo de confiança numa proporção amostral estimada por amostragem probabilística, em que:

***P = proporção esperada. Adotou-se o valor 0,5 por produzir o maior tamanho amostral***

*Z<sub>α/2</sub> = constante correspondente ao intervalo de confiança de (1-0,05) = 1,96*  
*e = margem de erro para mais e para menos. Adotou-se o valor = 0,05*



Kisch recomenda multiplicar esse valor por 3 (efeito de desenho por não se ter uma amostra equi-probabilística).

O cálculo do tamanho de amostra final para o Edital 22 resultou em 1200 mulheres.

#### 6.4 AMOSTRAGEM

Foram sorteadas 120 (cento e vinte) ruas ao acaso. A listagem das ruas foi feita pelo mapa SEPLAN (Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento). Em cada rua foram sorteadas 10 (dez casas), a casa vizinha serviria para suprir a casa escolhida, se esta não respondesse ao questionário por quaisquer razões.

Foram entrevistadas 1170 mulheres com idade entre 15 a 60 anos na amostra total. Para o presente estudo foram utilizadas as mulheres da cidade de São Paulo em idade fértil (15 a 49 anos de idade) totalizando 861 mulheres, dentre as quais, 683 declararam ter tido alguma gravidez no transcorrer de suas vidas reprodutivas.

#### 6.5 QUESTIONÁRIO

Foi aplicado o questionário constante do Anexo 01.

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 questionário teve por finalidade levantar o perfil das mulheres com histórico de aborto. Para tanto, foram contempladas questões relativas à saúde reprodutiva e histórico das gestações da mulher além de questões referentes ao seu perfil demográfico como: idade no momento da entrevista, exercício de

atividade remunerada renda familiar, escolaridade, estado conjugal, utilização de métodos contraceptivos e número de nascidos vivos. Este 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 do mesmo.

## 6.6 VARIÁVEIS DEPENDENTES

As variáveis dependentes utilizadas foram:

1. Declaração pela mulher de já ter realizado pelo menos um aborto provocado (Sim/Não).
2. Declaração pela mulher de ter tido alguma gestação (Sim/Não).

## 6.7 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes utilizadas foram:

1. Idade no momento da entrevista separada em grupos quinquenais de idade (15 a 19; 20 a 24; 25 a 29; 30 a 34; 35 a 39; 40 a 44; 45 a 49 anos);
2. Exercício de atividade remunerada (sim ou não);
3. Renda familiar (até 1/2 salário mínimo, de 1/2 a 1 salário mínimo, de 1 a 1,5 salários mínimos, de 1,5 a 2 salários mínimos; de 2 a 2,5 salários mínimos, de 2,5 a 3,5 salários mínimos, de 3,5 a 7 salários mínimos, de 7 a 10 salários mínimos, acima de 10 salários mínimos e não sabe ou recusa a resposta);
4. Escolaridade (analfabeta ou primário incompleto/completo; ginásio incompleto/completo; colegial incompleto/completo e superior incompleto/completo);
5. Estado conjugal (solteira; casada/unida; separada ou divorciada e viúva);
6. Utilização de métodos contraceptivos (pílula ou DIU; esterilizada; métodos não eficazes – tabelinha, preservativos, coito interrompido ou adesivos cutâneos – ou não usa método contraceptivo);

7. Número de nascidos vivos (nenhum; de 1 a 4 ou 5 ou mais).

## 6.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

A prevalência de mulheres com aborto provocado foi avaliada através de modelos lineares generalizados, usando a distribuição de Poisson com função de ligação logarítmica e variância robusta para aproximar a distribuição binomial (Barros & Hirakata, 2003) em função de cada característica separadamente como: idade, atividade remunerada, renda, escolaridade, estado civil, uso de contraceptivo, número de nascidos vivos. A escolha desse método foi devida a sugestão da literatura (Barros & Hirakata, 2003) a fim de descrever razões de prevalências de eventos considerados “raros”. A fim de identificar quais características foram mais associadas com o aborto provocado realizou-se análise múltipla de regressão da razão de prevalência pelos fatores investigados utilizando uma estratégia de seleção de variáveis do tipo *backward* e o agrupamento de categorias estatisticamente mais próximas.

Foram construídos dois modelos finais para as razões de prevalência de mulheres com aborto provocado, o primeiro para o total de mulheres e o segundo para as mulheres que engravidaram.

A avaliação da prevalência de mulheres que engravidaram também foi realizada através de modelos de regressão lineares generalizados anteriormente descritos.

Em todas as análises foi adotado um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% ou seja, foram considerados como significativo se os resultados que apresentaram o valor de  $p$  igual ou inferior a 0,05.

A força de associação entre cada uma das variáveis explicativas e a variável resposta foi avaliada pelo cálculo de razão de prevalência acompanhado do respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%).

A análise de dados foi realizada com o auxílio do software SPSS – versão 15.0 (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos).

## 7 RESULTADOS

### 7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Neste estudo, 861 mulheres em idade entre 15 a 49 anos de idade foram entrevistadas, das quais, 683 (79,3%) declararam ter tido alguma gravidez no transcorrer de suas vidas reprodutivas. A Tabela 1, a seguir, apresenta os dados demográficos obtidos para o total de mulheres entrevistadas e para as mulheres que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas reprodutivas na cidade de São Paulo – 2008, segundo: faixa etária, exercício de atividade remunerada, renda familiar, escolaridade, estado conjugal atual e uso de contraceptivo atual.

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos das mulheres avaliadas – São Paulo, 2008

	Total de Mulheres		Total de Mulheres que Engravidaram	
	N	%	n	%
<b>Total</b>	861	100,0	683	100,0
<b>Idade Atual (anos)</b>				
15 a 19	26	3,0	11	1,6
20 a 24	72	8,4	53	7,8
25 a 29	125	14,5	105	15,4
30 a 34	161	18,7	143	20,9
35 a 39	156	18,1	120	17,6
40 a 44	180	20,9	136	19,9
45 a 49	156	16,4	115	16,8
<b>Atividade Remunerada</b>				
Sim, com CLT	189	22,0	145	21,2
Autônoma	98	11,4	81	11,9
Estagiária	14	1,6	1	0,1
Trabalho temporário	7	0,8	6	0,9
Trabalho avulso	126	14,6	103	15,1
Proprietária	17	2,0	17	2,5
Não trabalha	103	12,0	71	10,4
Não trabalha por outras razões	307	35,7	259	37,9

<b>Renda Familiar</b>				
Até ½ salário mínimo	29	3,4	27	4,0
De ½ a 01 salário mínimo	81	9,4	69	10,1
De 01 a 1,5 salários mínimos	158	18,4	122	17,9
De 1,5 a 02 salários mínimos	217	25,2	182	26,6
De 02 a 2,5 salários mínimos	187	21,7	144	21,1
De 2,5 a 3,5 salários mínimos	98	11,4	69	10,1
De 3,5 a 07 salários mínimos	48	5,6	38	5,6
De 07 a 10 salários mínimos	11	1,3	9	1,3
Acima de 10 salários mínimos	4	0,5	3	0,4
Não sabe/Recusa	28	3,3	20	2,9
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta	7	0,8	7	1,0
Primário Incompleto	41	4,8	38	5,6
Primário Completo	54	6,3	53	7,8
Ginásio Incompleto	124	14,4	103	15,1
Ginásio Completo	74	8,6	66	9,7
Colegial Incompleto	110	12,8	68	10,0
Colegial Completo	315	36,6	253	37,0
Superior Incompleto	46	5,3	27	4,0
Superior Completo	90	10,5	68	10,0
<b>Estado Conjugal Atual</b>				
Solteira	88	10,2	14	2,0
Solteira com namorado	69	8,0	15	2,2
Solteira, já morou com alguém	45	5,2	40	5,9
Casada pela primeira vez	330	38,3	309	45,2
Casada, não pela primeira vez	12	1,4	11	1,6
Unida	243	28,2	224	32,8
Separada ou divorciada	56	6,5	53	7,8
Viúva	18	2,1	17	2,5
<b>Contraceptivo Atual</b>				
Pílula ou DIU	221	25,7	175	25,6
Esterilizada	135	15,7	134	19,6
Não eficaz	239	27,8	207	30,3
Não Usa	266	30,9	167	24,5

De acordo com a Tabela 1, mulheres com idade de 40 a 44 anos constituíram 20,9% das entrevistadas, apresentando um maior percentual nessa faixa etária. Já, para o total de mulheres que engravidaram, o maior percentual encontrado foi na faixa de 30 a 34 anos (20,9%).

De acordo com a remuneração, tanto para o total de mulheres (35,7%) como para as mulheres que engravidaram (37,9%) apontaram um maior percentual nas que disseram não trabalhar por outras razões.

Segundo a Tabela 1, a renda familiar mensal mediana das mulheres entrevistadas encontra-se na faixa de 1,5 a 2 salários mínimos apontando um maior percentual para o total das mulheres de 25,2% e para as mulheres que engravidaram de 26,6%.

Quanto à escolaridade, observou-se que 36,6% do total de mulheres, e 37,0% das mulheres que engravidaram possuíam até o colegial completo.

Segundo o estado conjugal, destaca-se que o maior percentual tanto para o total de mulheres (38,3%), quanto o total daquelas que engravidaram (45,2%) que responderam ser casadas pela primeira vez.

No total de mulheres entrevistadas, 30,9% declararam não fazer uso de métodos contraceptivos apontando ser o maior percentual com relação aos demais apresentados. Já, para o total de mulheres entrevistadas que engravidaram, 30,3% disseram usar métodos contraceptivos não eficazes.

A Tabela 2 a seguir, apresenta para o total de mulheres entrevistadas e também para aquelas que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas na cidade de São Paulo, 2008, um resumo descritivo da idade no momento da entrevista, número de gestações, número de nascidos vivos, número de nascidos mortos, número de abortos espontâneos, número de abortos provocados e porcentagem de mulheres com gestação em curso.

**Tabela 2** - Resumo descritivo para total de mulheres e para as que engravidaram – São Paulo, 2008

	Total de mulheres (n=861)			Total de mulheres que engravidaram (n=683)		
	Média	DP	Mín – Máx	Média	DP	Mín – Máx
Idade atual (anos)	35,91	8,36	15,12 – 49,96	36,11	8,07	16,49 – 49,95
Número de gestações	2,05	1,76	0 – 13	2,59	1,58	1 – 13
Número de nascidos vivos	1,72	1,55	0 – 13	2,17	1,44	0 – 13
Número de nascidos mortos	0,03	0,19	0 – 2	0,04	0,22	0 – 2
Número de abortos espontâneos	0,25	0,55	0 – 3	0,31	0,60	0 – 3
Número de abortos provocados	0,05	0,29	0 – 4	0,06	0,32	0 – 4
% de mulheres com gestação em curso	3,83	19,21		4,83	21,46	

A média de idade para o total de entrevistadas foi de 35,91 anos, tendo um desvio padrão de 8,36. Já para o total de mulheres que engravidaram

a média se deu em 36,11 anos, com um desvio padrão de 8,07. A idade mínima e máxima foi de 15,12 a 49,96 anos para o total de mulheres e de 16,49 a 49,95 anos para o total daquelas que engravidaram.

O número médio de gestações foi de 2,05 gestações para o total de entrevistadas, com desvio padrão de 1,76, sendo que para aquelas que engravidaram, a média de gestações foi de 2,59 com desvio padrão de 1,58. Observa-se uma quantidade de gestações tendo como mínima 0 e máxima 13.

Já, para o número de nascidos vivos, a média para o total de mulheres foi de 1,72, tendo um desvio padrão de 1,55, sendo que, para as que engravidaram a média foi de 2,17 com um desvio padrão de 1,44. A quantidade de números de nascidos vivos apontou como mínimo 0 e máximo de 13.

A porcentagem de mulheres com gestação em curso para o total de mulheres foi de 3,83%, com um desvio padrão de 19,21, e para o total das que engravidaram 4,83%, com um desvio padrão de 21,46.

O número médio de abortos provocados por mulher foi de 0,05 com desvio padrão de 0,29 para o total de mulheres, e para o total daquelas que engravidaram foi de 0,06 com desvio padrão de 0,32. Ambos os grupos obtiveram como número mínimo 0 e como número máximo 4 de abortos provocados.

## **7.2 Distribuição de mulheres segundo aborto provocado no total de mulheres**

A Tabela 3 a seguir, apresenta a distribuição do total de mulheres entrevistadas na cidade de São Paulo, 2008, em relação ao aborto provocado pelas seguintes variáveis: faixa etária, exercício de atividade remunerada, renda, escolaridade, estado conjugal atual, uso de contraceptivo atual e número de nascidos vivos.

**Tabela 3** - Distribuição do total de mulheres segundo aborto provocado por suas características  
– São Paulo, 2008 – análise bruta

	Total de mulheres		Mulheres sem aborto provocado		Mulheres com aborto provocado		RP	IC95%	$\chi^2_w$	p
	n	%	n	%	n	%				
<b>Total</b>	861	100,0	830	96,4	31	3,6				
<b>Idade Atual (anos)</b>									6,02	0,3046
15 a 24	98	100,0	96	98,0	2	2,0	1			
15 a 19	26	100,0	26	100,0	0	0,0				
20 a 24	72	100,0	70	97,2	2	2,8				
25 a 29	125	100,0	123	98,4	2	1,6	0,78	[0,11 ; 5,47]	0,06	0,8060
30 a 34	161	100,0	154	95,7	7	4,3	2,13	[0,45 ; 10,05]	0,91	0,3393
35 a 39	156	100,0	150	96,2	6	3,8	1,88	[0,39 ; 9,15]	0,62	0,4319
40 a 44	180	100,0	169	93,9	11	6,1	2,99	[0,68 ; 13,24]	2,09	0,1481
45 a 49	141	100,0	138	97,9	3	2,1	1,04	[0,18 ; 6,12]	<0,01	0,9632
<b>Atividade Remunerada</b>									0,10	0,7481
Não	441	100,0	426	96,6	15	3,4	1			
Sim	420	100,0	404	96,2	16	3,8	1,12	[0,56 ; 2,24]	0,10	0,7481
<b>Renda Familiar</b>									3,09	0,7980
Até ½ salário mínimo	29	100,0	27	93,1	2	6,9	3,38	[0,50 ; 22,95]	1,55	0,2128
De ½ a 01 salário mínimo	81	100,0	77	95,1	4	4,9	2,42	[0,45 ; 12,88]	1,07	0,3002
De 01 a 1,5 salários mínimos	158	100,0	154	97,5	4	2,5	1,24	[0,23 ; 6,65]	0,06	0,8013
De 1,5 a 02 salários mínimos	217	100,0	209	96,3	8	3,7	1,81	[0,39 ; 8,35]	0,57	0,4490
De 02 a 2,5 salários mínimos	187	100,0	178	95,2	9	4,8	2,36	[0,52 ; 10,70]	1,24	0,2663
De 2,5 a 3,5 salários mínimos	98	100,0	96	98,0	2	2,0	1			
Acima de 3,5 salários mínimos	63	100,0	61	96,8	2	3,2	1,56	[0,22 ; 10,76]	0,20	0,6544
Acima de 10 salários mínimos	4	100,0	4	100,0	0	0,0				
Não sabe/Recusa	28	100,0	28	100,0	0	0,0	–	–	–	–
<b>Escolaridade</b>									4,77	0,1897
Primário	102	100,0	98	96,1	4	3,9	1,78	[0,41 ; 7,77]	0,58	0,4445
Ginásio	198	100,0	186	93,9	12	6,1	2,75	[0,79 ; 9,55]	2,53	0,1119
Colegial	425	100,0	413	97,2	12	2,8	1,28	[0,37 ; 4,47]	0,15	0,6988
Superior	136	100,0	133	97,8	3	2,2	1			
<b>Estado Conjugal Atual</b>									0,21	0,9760
Solteira	202	100,0	195	96,5	7	3,5	0,97	[0,42 ; 2,24]	0,01	0,9344
Casada/Unida	585	100,0	564	96,4	21	3,6	1			
Divorciada/Separada	56	100,0	54	96,4	2	3,6	0,99	[0,24 ; 4,13]	<0,01	0,9944
Viúva	18	100,0	17	94,4	1	5,6	1,55	[0,22 ; 10,88]	0,19	0,6608
<b>Contraceptivo Atual</b>									9,40	0,0244
Pílula ou DIU	221	100,0	213	96,4	8	3,6	2,44	[0,53 ; 11,34]	1,30	0,2539
Esterilização eletiva	135	100,0	133	98,5	2	1,5	1			
Não eficaz	239	100,0	223	93,3	16	6,7	4,52	[1,05 ; 19,36]	4,13	0,0421
Não usa	266	100,0	261	98,1	5	1,9	1,27	[0,25 ; 6,45]	0,08	0,7742
<b>Nascidos Vivos</b>									12,50	0,0019



Nenhum	206	100,0	203	98,5	3	1,5	0,39	[0,12 ; 1,29]	2,36	0,1244
Um a quatro	620	100,0	597	96,3	23	3,7	1			
Cinco ou mais	35	100,0	30	85,7	5	14,3	3,85	[1,56 ; 9,52]	8,52	0,0035

RP = Razão de prevalência; IC95% RP = Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência;  $\chi^2_w$  = qui-quadrado de Wald; p = significância

\* Na variável "Renda" 28 mulheres não souberam responder ou recusaram a resposta.

De acordo com a Tabela 3, das 861 mulheres entrevistadas, 830 (96,4%) relataram não ter realizado aborto provocado, e 31 (3,6%) o relataram.

Na análise bruta para o total de mulheres entrevistadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências de mulheres com aborto provocado com relação à idade, exercício de atividade remunerada, renda, escolaridade e estado conjugal.

Foram encontradas diferenças entre as prevalências de mulheres com aborto provocado com relação ao uso de método contraceptivo atual ( $p=0,0244$ ) e nascidos vivos ( $p=0,0019$ ).

Na análise bruta, não foram encontradas diferenças entre a prevalência de mulheres com aborto provocado entre as que usam pílula ou DIU, esterilizadas e as que não usam método contraceptivo, mas as que fazem uso de métodos contraceptivos não eficazes apresentaram uma razão de prevalência de ter declarado aborto provocado de 4,52 em relação às esterilizadas ( $p=0,0421$ ).

Com relação ao número de nascidos vivos, não foram encontradas diferenças entre as prevalências de mulheres com aborto provocado entre as que relataram não ter nenhum nascido vivo, e as que disseram ter de um a quatro filhos nascidos vivos ( $p=0,1244$ ) na análise bruta. Porém, as que disseram ter cinco ou mais filhos nascidos vivos, apresentaram uma razão de prevalência de ter declarado aborto provocado de 3,85 ( $p=0,0035$ ).

A Tabela 4 a seguir, mostra os resultados do modelo final da análise de regressão para razão de prevalência de aborto provocado para o total de mulheres na cidade de São Paulo, 2008.

**Tabela 4** - Modelo final da análise de regressão para razão de prevalência de aborto provocado para o total de mulheres – São Paulo, 2008

Característica	RP	IC95%	p
Idade 40 a 44 anos	2,37	[1,19 ; 4,69]	0,0136
Cinco ou mais nascidos vivos	4,75	[2,04 ; 11,08]	0,0003
Pílula ou DIU	2,86	[1,08 ; 7,54]	0,0339
Usa método não eficaz	4,70	[2,02 ; 10,98]	0,0003
% de referência	1,02	[0,46 ; 2,23]	

Observa-se na Tabela 4, que as características das mulheres que relataram uma maior prevalência de aborto provocado no total de mulheres foram ter idade entre 40 a 44 anos (RP=2,37, p=0,0136, IC95% [1,19; 4,69]); ter 5 ou mais filhos (RP=4,75, p=0,0003, IC95% [2,04 ; 11,08]); usar métodos contraceptivos não eficazes (RP=4,70, p=0,0003, IC95% [2,02 ; 10,98]) e que responderam usar pílula ou DIU (RP=2,86, p=0,0339, IC95% [1,06 ; 7,54]).

### 7.3 DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM

A Tabela 5 a seguir, apresenta as prevalências de mulheres que engravidaram segundo as suas características na cidade de São Paulo em 2008, de acordo com a faixa etária, a atividade remunerada, a renda, a escolaridade, o estado conjugal e o uso de contraceptivo atual.

**Tabela 5** - Prevalência de mulheres que engravidaram segundo suas características — São Paulo, 2008

	Total de mulheres		Total de mulheres que engravidaram		RP	IC95% RP	$\chi^2_w$	p
	n	%	n	%				
<b>Total</b>	861	100	683	79,3				
<b>Idade Atual (anos)</b>							25,10	0,0003
15  -- 20	26	100,0	11	42,3	1			
20  -- 25	72	100,0	53	73,6	1,74	[1,09 ; 2,78]	5,34	0,0008
25  -- 30	125	100,0	105	84,0	1,99	[1,06 ; 3,13]	8,72	0,0032
30  -- 35	161	100,0	143	88,8	2,10	[1,34 ; 3,30]	10,33	0,0013
35  -- 40	156	100,0	120	76,9	1,82	[1,15 ; 2,87]	6,57	0,0104
40  -- 45	180	100,0	136	75,6	1,79	[1,13 ; 2,82]	6,20	0,0128
45  -- 50	141	100,0	115	81,6	1,93	[1,22 ; 3,04]	7,97	0,0048
<b>Atividade Remunerada</b>							0,09	0,7580

Não	441	100,0	348	78,9	1			
Sim	420	100,0	335	79,8	1,01	[0,94 ; 1,08]	0,09	0,7580
<b>Renda</b>							17,58	0,0246
Até ½ salário mínimo	29	100,0	27	93,1	1,32	[1,12 ; 1,56]	11,41	0,0007
De ½ a 01 salário mínimo	81	100,0	69	85,1	1,21	[1,03 ; 1,42]	5,64	0,0176
De 01 a 1,5 salários mínimos	158	100,0	122	77,2	1,10	[0,94 ; 1,28]	1,38	0,2395
De 1,5 a 02 salários mínimos	217	100,0	182	83,9	1,19	[1,03 ; 1,37]	5,92	0,0150
De 02 a 2,5 salários mínimos	187	100,0	144	77,0	1,09	[0,94 ; 1,27]	1,36	0,2430
De 2,5 a 3,5 salários mínimos	98	100,0	69	70,4	1			
De 3,5 a 07 salários mínimos	48	100,0	38	79,2	1,12	[0,93 ; 1,36]	1,41	0,2356
De 07 a 10 salários mínimos	11	100,0	9	81,8	1,16	[0,86 ; 1,58]	0,92	0,3372
Acima de 10 salários mínimos	4	100,0	3	75,0	1,07	[0,60 ; 1,90]	0,05	0,8310
Não sabe/Recusa	28	100,0	20	71,4	–	–	–	–
<b>Escolaridade</b>							66,29	<0,0001
Primário	102	100,0	98	96,1	1,38	[1,22 ; 1,55]	28,44	<0,0001
Ginásio	198	100,0	169	85,4	1,22	[1,08 ; 1,37]	9,94	0,0016
Colegial	425	100,0	321	75,5	1,08	[0,96 ; 1,22]	1,55	0,2130
Superior	136	100,0	95	69,9	1			
<b>Estado Conjugal</b>							104,74	<0,0001
Solteira	202	100,0	69	34,2	1			
Casada/Unida	585	100,0	544	93,0	2,72	[2,25 ; 3,30]	103,71	<0,0001
Divorciada/Separada	56	100,0	53	94,6	2,77	[2,27 ; 3,39]	98,41	<0,0001
Viúva	18	100,0	17	94,4	2,76	[2,21 ; 3,45]	80,74	<0,0001
<b>Contraceptivo Atual</b>							148,23	<0,0001
Pílula ou DIU	221	100,0	175	79,2	1,26	[1,12 ; 1,41]	15,76	0,0001
Esterilização eletiva	135	100,0	134	99,2	1,58	[1,44 ; 1,74]	91,87	<0,0001
Não eficaz	239	100,0	207	86,6	1,38	[1,24 ; 1,53]	36,00	<0,0001
Não usa	226	100,0	167	73,9	1			

RP = Razão de prevalência; IC95% RP = Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência;  $\chi^2_w$  = qui-quadrado de Wald; p = significância

\* Na variável "Renda" 28 mulheres não souberam responder ou recusaram a resposta

Na Tabela 05, nota-se que para o total de 861 mulheres, 683 (79,3%) engravidaram.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências de mulheres que engravidaram quanto à idade ( $p=0,0003$ ), renda ( $p=0,0246$ ), escolaridade ( $p<0,0001$ ), estado conjugal ( $p<0,0001$ ) e uso atual de contraceptivo ( $p<0,0001$ ). Quanto ao exercício de atividade remunerada não foi encontrada diferença significativa entre as prevalências de mulheres que engravidaram ( $p=0,7580$ ).

O maior percentual apontado nas mulheres que engravidaram (88,8%) encontra-se na idade de 30 a 35 anos, apresentando uma significância

de 0,0013, com uma razão de prevalência de 2,10 (IC95% [1,34 ; 3,30]) em relação às mais jovens (15 a 19 anos).

Com relação à renda, os maiores percentuais de mulheres que engravidaram ocorrem nas faixas de renda mais baixas, 93,1% ( $p=0,0007$ ) para as que responderam ganhar um salário de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo e 85,1% ( $p=0,0176$ ) para as que têm renda familiar de  $\frac{1}{2}$  a 1 salário mínimo.

Com relação então à escolaridade, os maiores percentuais de mulheres que engravidaram foram encontrados nas escolaridades mais baixas: até o primário 96,1% ( $p<0,0001$ ) e ginásio 85,4% ( $p=0,0016$ ).

Quanto ao estado conjugal, o maior percentual de mulheres com gestação foi encontrado nas mulheres divorciadas/separadas (94,6%,  $p<0,0001$ ).

Com relação ao uso de métodos contraceptivos, 99,2% ( $p<0,0001$ ) das mulheres que disseram ter realizado esterilização eletiva engravidaram seguido de 86,6% ( $p<0,0001$ ) das mulheres que disseram usar métodos contraceptivos não eficazes.

#### 7.4 DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES SEGUNDO ABORTO PROVOCADO NO TOTAL DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM

A Tabela 6 a seguir apresenta a distribuição das mulheres que engravidaram segundo aborto provocado na cidade de São Paulo em 2008, segundo atividade remunerada, renda, escolaridade, estado conjugal atual, uso de contraceptivo atual e número de nascidos vivos.

**Tabela 6** - Distribuição das mulheres que engravidaram segundo aborto provocado por suas características e Razão de Prevalência na análise bruta – São Paulo, 2008

	Total de mulheres que engravidaram		Mulheres sem aborto provocado		Mulheres com aborto provocado		RP	IC95%	$\chi^2_w$	p
	n	%	N	%	n	%				
<b>Total</b>	683	100,0	652	95,5	31	4,5				
<b>Idade Atual (anos)</b>									6,42	0,2677
15 a 24	64	100,0	62	96,9	2	3,1	1			
15 a 19	11	100,0	11	100,0	0	0,0				
20 a 24	53	100,0	51	96,2	2	3,8				
25 a 29	105	100,0	103	98,1	2	1,9	0,61	[0,09 ; 4,22]	0,25	0,6161
30 a 34	143	100,0	136	95,1	7	4,9	1,57	[0,33 ; 7,33]	0,32	0,5688
35 a 39	120	100,0	114	95,0	6	5,0	1,60	[0,33 ; 7,70]	0,34	0,5577
40 a 44	136	100,0	125	91,9	11	8,1	2,59	[0,59 ; 11,34]	1,59	0,2070
45 a 49	115	100,0	112	97,4	3	2,6	0,83	[0,14 ; 4,87]	0,04	0,8409
<b>Atividade Remunerada</b>									0,09	0,7701
Não	348	100,0	333	95,7	15	4,3	1			
Sim	335	100,0	319	95,2	16	4,8	1,11	[0,56 ; 2,21]	0,09	0,7701
<b>Renda Familiar</b>									2,48	0,8711
Até ½ salário mínimo	27	100,0	25	92,6	2	7,4	2,56	[0,38 ; 17,24]	0,93	0,3353
De ½ a 01 salário mínimo	69	100,0	65	94,2	4	5,8	2,00	[0,38 ; 10,56]	0,67	0,4143
De 01 a 1,5 salários mínimos	122	100,0	118	96,7	4	3,3	1,13	[0,21 ; 6,02]	0,02	0,8851
De 1,5 a 02 salários mínimos	182	100,0	164	95,6	8	4,4	1,52	[0,33 ; 6,97]	0,29	0,5924
De 02 a 2,5 salários mínimos	144	100,0	135	93,8	9	6,3	2,16	[0,48 ; 9,71]	1,00	0,3170
De 2,5 a 3,5 salários mínimos	69	100,0	67	97,1	2	2,9	1			
Acima de 3,5 salários mínimos	50	100,0	48	96,0	2	4,0	1,38	[0,20 ; 9,47]	0,11	0,7431
Acima de 10 salários mínimos	3	100,0	3	100,0	0	0,0				
Não sabe/Recusa	20	100,0	20	100,0	0	0,0	-	-	-	-
<b>Escolaridade</b>									3,41	0,3323
Primário	98	100,0	94	95,9	4	4,1	1,29	[0,30 ; 5,62]	0,12	0,7323
Ginásio	169	100,0	157	92,9	12	7,1	2,25	[0,65 ; 7,77]	1,64	0,2003
Colegial	321	100,0	309	96,3	12	3,7	1,18	[0,34 ; 4,11]	0,70	0,7904
Superior	95	100,0	92	96,8	3	3,2	1			
<b>Estado Conjugal Atual</b>									5,55	0,1360
Solteira	69	100,0	62	89,9	7	10,1	2,63	[1,16 ; 5,95]	5,36	0,0206
Casada/Unida	544	100,0	523	96,1	21	3,9	1			
Divorciada/	53	100,0	51	96,2	2	3,8	0,98	[0,24 ; 4,06]	<0,01	0,9750

Separada										
Viúva	17	100,0	16	94,1	1	5,9	1,52	[0,22 ; 10,68]	0,18	0,6716
<b>Contraceptivo Atual</b>									7,59	0,0552
Pílula ou DIU	175	100,0	167	95,4	8	4,6	3,06	[0,66 ; 14,19]	2,05	0,1524
Esterilização eletiva	134	100,0	132	98,5	2	1,5	1			
Não eficaz	207	100,0	191	92,3	16	7,7	5,18	[1,21 ; 22,16]	4,92	0,0266
Não usa	167	100,0	162	97,0	5	3,0	2,01	[0,40 ; 10,18]	0,71	0,4008
<b>Nascidos Vivos</b>									10,44	0,0054
Nenhum	28	100,0	25	89,3	3	10,7	2,89	[0,92 ; 9,05]	3,31	0,0687
Um a quatro	620	100,0	597	96,3	23	3,7	1			
Cinco ou mais	35	100,0	30	85,7	5	14,3	3,85	[1,56 ; 9,52]	8,52	0,0035

RP = Razão de prevalência; IC95% RP = Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência;  $\chi^2_w$  = qui-quadrado de Wald; p = significância

\* Na variável "Renda" 20 mulheres não souberam responder ou recusaram a resposta.

Segundo os resultados apresentados na Tabela 6, das 683 mulheres que engravidaram 652 (95,5%) não provocaram aborto, enquanto 31 (4,5%) mulheres o induziram.

Na análise bruta das mulheres com aborto provocado dentre o total de mulheres que engravidaram, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências de mulheres com aborto provocado com relação à idade, exercício de atividade remunerada, renda familiar e escolaridade.

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre as prevalências de mulheres com aborto provocado quanto ao estado conjugal ( $p=0,1360$ ) e uso atual de métodos contraceptivos ( $p=0,0552$ ). As solteiras apresentaram maior proporção de relato de aborto provocado (10,1%,  $p=0,0206$ ) quando comparadas às casadas (3,9%). As mulheres que usam métodos contraceptivos não eficazes apresentaram uma proporção de relato de aborto provocado de 7,7%, sendo maior ( $p=0,0266$ ) do que a prevalência encontrada nas que realizaram esterilização eletiva (1,5%).

Foram encontradas diferenças entre as prevalências de mulheres com aborto provocado com relação ao número de nascidos vivos ( $p=0,0054$ ). Nas mulheres que declararam ter atualmente cinco ou mais filhos nascidos vivos, 14,3% ( $p=0,0035$ ), disseram já ter realizado aborto provocado enquanto que nas que tinham de 1 a 4 filhos nascidos vivos 3,7% disseram ter realizado aborto).

A Tabela 7, a seguir, mostra os resultados do modelo final da análise de regressão para a razão de prevalência de aborto provocado para mulheres que engravidaram na cidade de São Paulo em 2008.

**Tabela 7** - Modelo final da análise de regressão para razão de prevalência de aborto provocado para mulheres que engravidaram – São Paulo, 2008

<b>Característica</b>	<b>RP</b>	<b>IC95%</b>	<b>p</b>
Idade 40 a 44 anos	2,76	[1,37 ; 5,54]	0,0043
Solteira	2,79	[1,21 ; 6,41]	0,0159
Cinco ou mais nascidos vivos	3,97	[1,71 ; 9,20]	0,0013
Pílula ou DIU	2,70	[1,02 ; 7,16]	0,0454
Usa método não eficaz	4,18	[1,80 ; 9,71]	0,0009
% de referência	1,09	[0,49 ; 2,45]	

Evidencia-se que as características onde ocorreram maiores prevalências de relato de aborto provocado em mulheres que engravidaram foram na faixa etária de 40 a 44 anos (RP=2,76, p=0,0043, IC95% [1,37 ; 5,54]), em solteiras (RP=2,79, p=0,0159, IC95% [1,21 ; 6,41]), nas que têm cinco filhos ou mais (RP=3,97, p=0,0013, IC95% [1,71 ; 9,20]), usam pílula ou do DIU (RP=2,70, p=0,0454, IC95% [1,02 ; 7,16]) ou usam métodos contraceptivos não eficazes (RP=4,18, p=0,0009, IC95% [1,80 ; 9,71]).

## 8 DISCUSSÃO

Uma das maiores vantagens dos estudos transversais são as prontidões nas quais se podem tirar as conclusões e o baixo custo do mesmo, com a não existência de um período de seguimento. Porém, também pode ser desvantajoso por ser vulnerável a vieses.

Dados da Fundação Seade (2008) mostram que a distribuição de idade na Cidade de São Paulo para a população de mulheres entre 15 a 49 anos de idade foi de 3.112.803 mulheres (53,46%).

**Quadro 3** - Projeção de população residente em 1º de julho no município de São Paulo - 2008

<b>Faixa Etária - Qüinqüenal</b>	<b>Mulher</b>	<b>%</b>
15 a 19 anos	407.101	13,1
20 a 24 anos	443.834	14,3
25 a 29 anos	486.752	15,6
30 a 34 anos	484.347	15,6
35 a 39 anos	453.162	14,6
40 a 44 anos	431.591	13,9
45 a 49 anos	406.016	13,0
<b>Total da Seleção</b>	<b>3.112.803</b>	<b>100,0</b>
<b>Total Geral da População Feminina</b>	<b>5.823.161</b>	

*Fonte: Fundação Seade.*

Segundo a Fundação Seade (2009), São Paulo registra um total geral da população feminina de 5.823.161 mulheres, sendo dessas, 3.112.803 com idade entre 15 a 49 anos.

Frente aos dados apresentados, pode-se verificar que para o total de mulheres referentes ao presente estudo (n=861) dentro da faixa etária de 15 a 49 anos de idade, sendo que destas 683 engravidaram a média de número de filhos por mulher foi de 2,05 para o total de mulheres e 2,59 para o total de mulheres que engravidaram. As mulheres que engravidaram com menos de 20 anos corresponderam a 42,3% da população. Já, segundo dados da fundação Seade (2009), para a população das mulheres que participaram do estudo na cidade de São Paulo no ano de 2008, 13,1% das mulheres se tornaram mães com menos de 20 anos de idade.

Destaca-se também no presente estudo, o menor número de abortos na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Embora esse período possa representar dados subestimados por diversos fatores, pois se observa no Quadro 3 a representatividade das mulheres de 15 a 19 anos no município de São Paulo com um percentual de 13,1%, diferenciando da população encontrada no presente estudo, apontada na Tabela 1 de apenas 3,0% para a população na mesma faixa etária. Como observa Hardy (1992), a prevalência do aborto provocado não é conhecida por diversos motivos. Por exemplo, muitas mulheres não revelaram a informação sobre ter provocado o aborto, não



precisamente apenas pela preocupação com a questão ilegalidade do ato em si, mas também questões emocionais e psicológicas.

Segundo os dados obtidos na investigação, a porcentagem de aborto provocado dentre as diferentes faixas etárias mostra considerável percentual entre a faixa etária de 40 a 44 anos, o que mostra ser uma faixa etária mais envelhecida dos dados obtidos por Silva (1993), que mostra percentuais maiores de abortos na faixa etária de 30 a 39 anos de idade. Vale destacar Diniz (2010), em sua pesquisa a proporção de mulheres que fizeram aborto cresce com a idade, variando de 6% para mulheres com idade entre 18 a 29 anos a 22% entre aquelas de 35 a 39 anos, faixa etária semelhante à verificada por Silva (1992).

Já os estudos apresentados por Tietze (1987), revelam consideravelmente uma distribuição de abortos maior na faixa etária que varia de 20 a 34 anos de idade. O estudo aponta fatores como fecundidade, atividade sexual, planejamento e estrutura familiar podem concentrar abortos nessa faixa etária.

Em estudo realizado no município de São Paulo, Milanese (1970) comprova também que a faixa etária de 20 a 34 anos é o período em que se concentra o maior número de abortos. Essa constatação diverge do presente estudo que aponta o período de 40 a 44 anos no qual se concentrou o maior número de abortos no mesmo município.

Os dados de Silva (1993) revelaram mais proximidade com as constatações dos dados obtidos nessa pesquisa (40 a 44 anos) e com as que se encontram mais distantes da faixa etária da pesquisa de Milanese (1970).

Para Cecatti (2009), os maiores índices de abortos foram registrados entre as mulheres com mais de 35 anos de idade. A partir dos estudos de Tietze (1987) até a presente pesquisa houve aumento gradativo da faixa etária em que se concentra o maior número de abortos. Cecatti (2009), ainda ressalta que quanto mais idade a mulher tiver, mais possibilidade ela terá de realizar o aborto.

Do total de mulheres entrevistadas com alguma gestação no ano de 2008 com relação ao estado conjugal atual, as que mais recorreram a prática do aborto provocado foram as solteiras (10,1%) corroborando com

pesquisa realizada por Silva (1993), onde 18,0% das mulheres solteiras praticavam o aborto.

Salienta Cecatti (2009), segundo as mulheres casadas ou as que viviam juntas com companheiros declararam mais freqüentemente abortos provocados. Essa constatação diverge do presente estudo e das constatações a que chegaram Silva (1993), Tietze (1987), como também Silva (1987).

A incidência de aborto provocado referindo-se ao presente estudo, com relação ao número de filhos nascidos vivos, foi mais significativa para aquelas que dizem ter número maior ou igual a cinco filhos, isso vem ao encontro com os dados obtidos em estudo semelhante ao de Silva (1993). A autora ainda considera existir uma tendência decrescente entre o número de filhos nascidos vivos e a proporção de abortos por gestação. Já, de acordo com Cecatti (2009), o índice de aborto provocado foi maior entre mulheres, cujo ideal era ter apenas um filho (3,2%).

Seguindo o maior percentual de 14,3% para mulheres que possuem 5 filhos ou mais, encontram-se as mulheres que não tiveram nenhum filho (10,7%). Em contraponto, os resultados de Silva (1993) se destacam aproximadamente 30% que abortaram. Segundo a autora, é válido supor que a grande maioria das entrevistadas não possua nascimentos vivos e que grande parcela das mulheres que não possuem nascimentos vivos seja solteira, pois é possível haver uma forte correlação entre as duas variáveis abordadas.

É apontado também no presente estudo, que 7,7% das mulheres que engravidaram utilizavam métodos contraceptivos não eficazes. Esses índices diferenciam-se dos achados obtidos nos estudos publicados por Silva em 1993 e em 2002. Em 1993, entre as 1745 mulheres que responderam à pesquisa, mais da metade (51,3%) revelaram não estar utilizando nenhum método contraceptivo. Essa proporção foi menor do que a reportada em estudo de 2002, que correspondeu a 63,6%.

Já, estudos apresentados pela mesma autora no ano de 1987, denotam a proporção de usuárias para a mesma categoria de 30%. Em contraponto, dados que apresentam a menor porcentagem de abortos provocados, aparecem nas mulheres com esterilização eletiva (1,5%), tanto para o total de mulheres como para o total de mulheres que engravidaram.

Cecatti (2009) comprovou que as mulheres que possuíam uma menor escolaridade foram as mais destacadas para a provocação do aborto. O que vai de encontro às constatações de Diniz (2010) segundo 23% das mulheres que provocaram aborto possuía apenas até o quarto ano do ensino fundamental. Já, o presente estudo não aponta considerações significativas com relação à escolaridade.

Para Cecatti (2009), com a pobreza as mulheres têm um maior risco de aborto provocado de forma insegura tendo assim maior risco de morte. Ainda segundo o mesmo estudo, condições socioeconômicas desfavoráveis necessitam se relacionar com problemas de acesso a conhecimentos e aos métodos adequados para se impedir uma gestação indesejada e o aborto provocado funcionaria como um método de planejamento familiar para mulheres mais carentes, isso é preocupante, pois possivelmente seria efetivado de forma insegura. No presente estudo também não foram encontrados números significativos com relação à renda.

## 9 CONCLUSÃO

Ao que tudo indica o aborto provocado está sendo utilizado para limitar a fecundidade, mais precisamente após se ter atingido o número desejado de filhos ou por sentirem dificuldades em assumir uma gestação sozinha e/ou não fazerem uso correto de métodos contraceptivos

Em essência, os casais controlam a fecundidade a qualquer preço. Se a mulher tiver recurso financeiro, ela acaba abortando, porém, na maioria das vezes, a prática do aborto ocorre de forma insegura.

Nesse processo, o aborto provocado acaba sendo uma das opções viáveis. Opção que pode chegar a ter como preço a vida da gestante, se realizado em condições precárias. E, ao contrário, relativamente simples, quase sem riscos, quando realizado sob adequado controle médico.

Os dados revelaram um decréscimo na porcentagem de abortos realizados nos anos de 1993 e 2008, sendo que para o primeiro ano foi apontado um percentual de 4,8% (n=42) e no segundo ano um percentual de 4,5% (n=31), embora o conhecimento sobre concepção e contracepção ainda seja frágil.

Na maioria das vezes, quando a mulher chega a um hospital ou maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime.

Os dados revelaram à idade, o estado conjugal, a quantidade de filhos e o uso de métodos contraceptivos como os principais fatores pelo número de abortos provocados.

Também, há de se relacionar a redução do número de abortos a mudanças na estabilidade das relações maritais, passando de relações instáveis a união estáveis em uma parcela representativa dos casos.

É necessário ressaltar que, apesar da redução no número de abortos provocados, eles sempre irão existir provenientes de diversas situações, dentre elas, relações em estágios iniciais, em que impera quase sempre a inexperiência dos parceiros.

Vale destacar outra situação relevante, como mulheres sem filhos e solteiras praticarem um maior número de abortos, esse fato pode estar

relacionado com conceitos particulares de família. Outro índice igualmente revelador ocorre quando mulheres com quatro filhos ou mais recorreram à prática do aborto. Isso comprova que, mesmo as mulheres com poder aquisitivo e grau de escolaridade menor, identificaram os diversos problemas de uma família numerosa, aspectos também responsáveis pela realização do aborto.

## 10 REFERÊNCIAS

ABRASCO. Disponível em:  
<[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos\\_artigo\\_int.php?id\\_artigo=5593](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos_artigo_int.php?id_artigo=5593)>. Acesso em: 21 set. 2010 às 10h25.

ADITAL. **Aborto é a primeira causa de morte materna na América Latina.** Disponível em:  
<<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=14936>>. Acesso em: 10 jul. 2009 às 13h31.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino:** una realidad latinoamericana Nueva York. Alan Guttmacher Institute. Disponível em:  
<[http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp\\_proj\\_laicia\\_amicus\\_app\\_AGISP.pdf](http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_AGISP.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2009 às 21h40.

\_\_\_\_\_. **Panorama general del aborto clandestino en América Latina.** New York: Alan Guttmacher Institute, 2001.

AQUINO, F. A moça que jogou o filho abortado pela janela, **Canção Nova**, 2007. Disponível em:  
<<http://blog.cancaonova.com/felipeaquino/category/aborto/page/26/>>. Acesso em: 03 jun 2011 às 08h05.

ARRUDA J. M. et al. **Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar.** Rio de Janeiro: Instituto para Desenvolvimento de Recursos, 1987.

BARCHIFONTAINE. C. P. **Em defesa da vida humana.** 15. ed. São Paulo: Loyola, 1999.

BARROS A. J.; HIRAKATA V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, 2003. p. 3-21.

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

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

- Código Penal Brasileiro

. Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento. Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque. Pena – detenção de um a três anos.

. Aborto provocado por terceiro. Art. 125 – Provocar o aborto sem o consentimento da gestante. Pena – reclusão de 3 a 10 anos.

. Art. 128 – Não se pune o aborto provocado por médico: - Aborto necessário. I Se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

. Aborto no caso de gravidez resultante de estupro. II – Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

CECATTI, J. C.; et al. Aborto no Brasil: Um enfoque demográfico. Departamento de tocoginecologia do centro de atenção integrada à saúde mental da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2009.

COSTA, A.M; et al. **Saúde Materna**: componente essencial dos direitos reprodutivos. Rede Nacional dos Direitos Reprodutivos. São Paulo, 1997.

COSTA, M. P. M. A. O aborto através dos tempos e seus aspectos jurídicos. **Revista da Faculdade de Direito da UNG**, Guarulhos, v. 1, 1999.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, 2010.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **A Fecundidade da mulher paulista**. São Paulo: SEADE, 1994.

FUSCO, C. L. B. **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. Cuiabá, MT: Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 611-12 p.

FUSCO, C. L. B. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.11, n. 01, mar. 2008.

FUSCO, C. L. B. Vulnerabilidade da mulher às DST/HIV/AIDS e violências estruturais. In: **V Fórum Social Mundial**. Porto Alegre, 2005.

GIFFIN K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Saúde Pública**, 2002.

GUIMARÃES, E. **Sete Décadas de Feminismo, Ditos & Escritos**. São Paulo, CIDM, 1991.

HABIB, S. O Delito de Abortamento - Aspectos Jurídicos, **Revista Jurídica Cónsules**, n. 174, 2004.

HARDY, E. & ALVES, G. Factors Associated with Complications Following Induced Abortion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 454-458, out.-dez. 1992.

HENSHAW, S. K. "Induced Abortion" a World review 1990, **International Family Planning Perspectives**, v. 16, n. 1, June, 1990.

IANDOLI JUNIOR, D. O aborto como questão de saúde pública, **Portal espiritualista**. Disponível em: <<http://www.portalespiritualista.org/decio-iandoli-jr/110-o-aborto-como-questao-de-saude-publica>>. Acesso em: 03 jun 2011 às 10h30.

LANGER, A. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en America Latina y el Caribe. **Rev. Panam Salud Pública**, p. 192 – 204, 2002.

MALDONATO, M. T. **Fatores associados ao aborto provocado em mulheres em idade fértil com histórico de gestação - São Paulo**. 2006. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

MATIELO, F. Z. **Aborto e o Direito Penal**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra-DC Luzzatto editores, 1996.

MILANESI, M.L. **O aborto provocado**. Livraria Pioneira: Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1970.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Atenção humanizada ao abortamento. **Direitos sexuais e reprodutivos**, Brasília, n. 04, 2005.

OLINTO, M. T. A. **Aborto Induzido: fatores de risco e preditores**. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas.

ONU. OMS: LA SALUD REPRODUCTIVA INCLUYE EL ABORTO LEGAL, ASEGURANDO EL ACCESO DE LAS MENORES Y PROHIBIENDO LA OBJECION DE CONCIENCIA, Noticias de la ONU, n. 225, 46/00. Gacetilla 232. In: **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78 n. 5, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aborto provocado: informe de un grupo científico de la OMS. **Informes Técnicos**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, n. 623, 1978.

\_\_\_\_\_. Aborto espontáneo y provocado: informe de un Grupo Científico de la OMS. **Informes Técnicos**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, n. 461, 1970.

OSIS, M. J. D. et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Saúde Pública**, 1996.

PAULA, M. Perguntas para Débora Diniz e Miryam Mastrella, **Tecendo o amanhã**, 2011. Disponível em: <<http://tecendoamanha.com.br/?p=257>>. Acesso em: 04 jun 2011 às 21h32.

PRADO, D. **O que é o aborto**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

PRETA. Entrevista com Clarissa Menezes sobre o dia de luta pela descriminalização do aborto na América Latina, **Eu, mulher preta**, 2009. Disponível em: <<http://eumulherpreta.blogspot.com/2009/09/entrevista-com-clarissa-menezes-sobre-o.html>>. Acesso em: 04 jun 2011 às 22h00.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Mortalidade Materna**. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

REQUENA, M. Estudio sobre la Planificación de la Familia em La Comuna de Quinta Normal de Santiago de Chile: el uso de Anticonceptivos, **CELADE**, Santiago, 1968.

REVISTA VEJA. São Paulo, n. 1554, 08 Jul. 1998.

REZENDE, M. **Obstetrícia Fundamental**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, E. B. **Aborto induzido**: ocorrência e características no antigo sub-distrito de Vila Madalena, São Paulo, Brasil - 2000. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>. Acesso em: 20 dez. 2010 às 10h38.

SEGATTO, C. Aborto: Sim ou não. **Época**, Rio de Janeiro, n. 465, p. 82-95. Rio de Janeiro, abril 2007.

SILVA, R. S. O Aborto Provocado, **Revista São Paulo em Perspectiva**: revista da Fundação SEADE, v. 4, n. 3-4, p. 104-114, 1993.

\_\_\_\_\_. O uso da Técnica de Resposta ao Azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal, **Revista Brasileira de Estudos de População - ABEP**, p. 41-56, jan./dez. 1993.

\_\_\_\_\_. Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. **Saúde Pública**, 1998.

\_\_\_\_\_. Recorrência ao aborto provocado. In: FUNDAÇÃO Sistema Estadual de Análise de Dados. **Os jovens da cidade de São Paulo**, 1998. p. 162-163.

Revista de saúde sexual e reprodutiva – informativo eletrônico de ipas Brasil – Edição número 32 – Nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Técnica de resposta ao azar (TRA): uma proposta alternativa. In: **Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu, MG: Campinas, SP: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1990. p. 517-35.

SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G. Aborto e Anticoncepção: um estudo em São Paulo, Brasil. In: **XXIV General Population Conference**, Brazilian Demography, Salvador, 2001.

SUPLICY, M. **Conversando sobre sexo**. 7. ed. Aurora: Rio de Janeiro, 1983.

TAVARES, A.R. Princípio da dignidade da pessoa humana. In: ARAÚJO, L.A. D; SEGALLA, J.R. M (org). **15 anos da constituição federal em busca da efetividade**. Bauru: Edite, 2002.

TIETZE, C. **Informe mundial sobre El aborto**. Madrid: Ministério da Cultura: Instituto de La mujer, 1987.

VERARDO, M. T. **Aborto**: um direito ou um crime. 5. Ed. São Paulo: Moderna, 1987.

VOLOCHKO, A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: BERQUÓES (org.). **Sexo e vida**: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2003. p. 229-253.

ZAMUDIO, L. Representatividad, confiabilidad y significación: problemas prácticos de la investigación sobre aborto inducido. In: ENCUENTRO DE INVESTIGADORES SOBRE ABORTO INDUCIDO AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1994. **Anais Aspectos metodológicos**. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colômbia, 1994.

WERNECK, J. AIDS: a vulnerabilidade das mulheres negras, **Jornal da rede Saúde**, n. 23, mar. 2001.

WUSTHOF, Roberto. **Descobrir o sexo**. Ática: São Paulo, 2002

WIKIPEDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/SPSS>>. Acesso em: 15 nov. 2010 às 22h45.

**ANEXO 01**

Saúde Reprodutiva\_mulheres entre 15 e 59 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 59 anos**?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>REALIZAR A ENTREVISTA COM QUEM FAZ ANIVERSÁRIO NA DATA MAIS PRÓXIMA</b>
--

4. Qual é o seu grau de escolaridade?

1 - Analfabeta/ sabe ler e escrever incompleto

2 - Primário incompleto completo

3 - Primário completo incompleto

4 - Ginásio/fundamental incompleto completo

5 - Ginásio/fundamental completo

6 - Colegial/médio

7 - Colegial/médio

8 - Superior

9 - Superior

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?

- 1 - até ½ salário mínimo
- 2 - de ½ a 01 salário mínimo
- 3 - De 01 a 1,5 salários mínimos
- 4 - De 1,5 a 02 salários mínimos
- 5 - De 02 a 2,5 salários mínimos
- 6 - De 2,5 a 3,5 salários mínimos
- 7 - De 3,5 a 07 salários mínimos
- 8 - De 07 a 10 salários mínimos
- 9 - Acima de 10 salários mínimos
- 10 - Não sabe/ Recusa a resposta

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 início 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?

- 1 - Sim, Particular
- 2 - Sim, Empresarial
- 3 - 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 médicas?

- 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

26<sup>a</sup>. 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

2 - Meu Companheiro

3 - Ambos

4 - Meu Namorado

5 - O pai da criança

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)

- 1 - Sim, se for feito por médico
- 2 - Não, mesmo por médico, pode não ter mais filho
- 3 - Não, pode ter problemas emocionais
- 4 - Não, pode ter sequelas físicas
- 5 - Não, se mal feito
- 6 - Outros, especificar: \_\_\_\_\_
- 7 - 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:** \_\_\_\_\_

**Crontrôle:** Idade da Entrevistada: \_\_\_ Realiz. \_\_\_\_\_ Subst. \_\_\_\_\_

**Nº da Entrev.** \_\_\_\_\_ **Rua** \_\_\_\_\_