

**MARTA CAMILA MENDES DE OLIVEIRA CARNEIRO**

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES  
COM HISTÓRICO DE ABORTO –  
VILA MARIANA, 2006.**

Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo para obtenção  
do título de Mestre em Ciências.

**São Paulo  
2009.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA  
DE MEDICINA**

**MARTA CAMILA MENDES DE OLIVEIRA CARNEIRO**

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES  
COM HISTÓRICO DE ABORTO –  
VILA MARIANA, 2006.**

**Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – Escola Paulista  
de Medicina para obtenção do título de  
Mestre em Ciências.**

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

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Solange Andreoni

**São Paulo  
2009.**

**Carneiro, Marta Camila Mendes de Oliveira**

**Prevalência e características das mulheres com histórico de aborto - Vila Mariana, 2006.  
São Paulo, 2009. 55p.**

**Título em inglês: Prevalence and characteristics of the women with history of provoked  
abortion - Vila Mariana, 2006.**

**Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.**

**1. Aborto Provocado; 2. Aborto Espontâneo; 3. Regressão Logística Multinomial  
Policotômica; 4. Saúde Reprodutiva; 5. Saúde Pública.**

Dedico este trabalho a minha mãe, pelo exemplo de coragem e persistência; ao meu esposo pelo incentivo, amor e paciência durante estes anos; e meu filho meu amor puro e verdadeiro.

## Agradecimentos

Este trabalho deve muito a algumas pessoas, que por diferentes razões eu gostaria de agradecer, temendo ser injusta por estar esquecendo alguém, mas em especial eu gostaria de agradecer:

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Rebeca de Souza e Silva, por compartilhar comigo o seu tema de pesquisa, sendo uma interlocutora disposta a oferecer estímulos e, principalmente, a percorrer novos caminhos, ouvir com interesse e ânimo todas as questões, dúvidas e problemas que surgiam durante o processo de reflexão. Por ser uma interlocutora paciente e generosa e pela coragem de ousar trabalhar com novas idéias e conceitos. Por sua amizade, principalmente. Pela compreensão silenciosa dos momentos difíceis pelos quais passei, permitindo que meu tempo interno fluísse, respeitosamente.

À minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Solange Andreoni que em sua imensa generosidade presenteou-me com grande parte de seu riquíssimo conhecimento. Orgulho-me muito de ter sido merecedora de tão grande confiança, apoio, amizade. Pela alegria de trabalharmos juntas. Na verdade, qualquer palavra seria mínima para expressar o quanto eu sou grata por TUDO que fez por mim, e expressar o quanto você é especial.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Mara Helena de Andréa Gomes, por todo carinho e conhecimento a mim transmitidos através de suas aulas imperdíveis, a amizade, compreensão e estímulo em todos os momentos. A sua disponibilidade irrestrita, sua forma crítica e criativa de expor as suas idéias, que contribuíram muito não só para elaboração deste trabalho, mas também para aprimorar e o convívio com outras pessoas graças às reflexões e debates levantados dentro e fora de sala de aula. Pelo carinho eterno em meu coração.

A Prof<sup>a</sup>. Dra. Elisabeth Niglio de Figueiredo e Prof. Dr. Luis Patricio Ortiz Flores pelas excelentes sugestões oferecidas durante o exame de qualificação, mesmo se algumas delas eu não pude (ou soube) aproveitar devidamente. Serei eternamente grata pelas contribuições fundamentais no processo de aprimoramento e enriquecimento deste trabalho.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior CAPES - que me concedeu uma bolsa durante a realização deste mestrado, fato este que muito contribuiu e para viabilização desta tese. Portanto, deixo aqui expresso meus sinceros agradecimentos.

A todos colegas e funcionários da UNIFESP, Maurici, Moema, Juliana, Sandra, Marlene e todos que direta ou indiretamente participaram de toda esta nova etapa de minha vida.

Aos meus grandes amigos e parceiros Dra. Maria Carolina Cassino da Cunha Carneiro, Dr. Walderley Carneiro, Ms. Marcio Muller, ao casal Cavalaro de Almeida Paula, Mel Bonini Carneiro, família Cavano, Mariana Leite Lopes e tantos outros que foram tão importantes durante estes anos de dedicação à tese, me apoiando e estimulando sempre.

À minha família, por todo apoio, carinho e amor, especialmente à minha mãe e meu esposo por estarem sempre presentes me apoiando e também se dedicando a todas as minhas maiores realizações e alegrias. No entanto, são eles a razão da minha alegria e dedicação neste momento tão importante em minha vida.

A todos agradeço, profundamente, e dedico os frutos colhidos através da realização deste trabalho.

*“A felicidade é proporcional à sua capacidade  
de reinventar a vida, a cada dia.”*  
Maria Luiza Bonini.

## RESUMO

Por ser uma prática criminosa, o aborto provocado acaba sendo realizado clandestinamente tornando-se um grave problema de Saúde Pública.

O objetivo deste estudo foi o de estimar a prevalência de mulheres em idade fértil com histórico de aborto. O estudo é transversal, resultante de uma amostra aleatória de mulheres - 15 a 49 anos-, residentes no subdistrito da Vila Mariana, 2006. Os dados foram coletados mediante aplicação de questionários. Foi considerada como variável dependente a classificação da mulher quanto ao aborto: sem aborto, aborto espontâneo e aborto provocado; e independentes: idade, defasagem do número ideal de filhos, atividade remunerada, escolaridade, estado civil, uso de contraceptivos e opinião sobre o aborto provocado. Para as análises foram utilizados testes de qui-quadrado e modelos de regressão logística multinomial policotômica.

Dentre o total de mulheres entrevistadas (n=1121), 84,4% (n=946) são de mulheres sem histórico de aborto; 11,2% (n=126) são de mulheres com histórico de aborto espontâneo e, 4,4% (n=49) são de mulheres com histórico de aborto provocado. A razão de chances de ter realizado aborto provocado sobre a sem aborto é 6,33 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que aceitam esta prática; 4,58 vezes maior ( $p=0,002$ ) entre as mulheres que possuem menos de 4 anos de estudo e ainda, as chances da mulher declarar um aborto provocado comparado às sem aborto é 7% maior a cada ano em que a mulher envelhece.

Dentre as 1121 mulheres, 49,5% (n=555) declararam ter tido alguma gravidez. Para as que engravidaram a prevalência de mulheres com aborto espontâneo foi de 22,7% (n=126) e de aborto provocado 8,85 (n=49). A razão de chances de ter realizado aborto provocado sobre a sem aborto é 28,34 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as que não possuem nenhum filho nascido vivo; 6,42 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as que aceitam esta prática; 4,96 vezes maior ( $p=0,002$ ) entre as que possuem menos de 4 anos de estudo; e as chances de declarar um aborto provocado comparado as sem aborto é 8% maior a cada ano a mais de vida.

Por outra parte, este estudo revela ainda que entre o total de mulheres a razão de chances de ter tido aborto espontâneo sobre a sem aborto é 0,34 ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que não possuem nenhum filho nascido vivo; e, as chances da mulher declarar um aborto espontâneo comparado às sem aborto é 4% maior a cada ano de idade da mulher.

O comportamento reprodutivo das mulheres deste estudo é equiparável ao das residentes em países desenvolvidos. Ao ter acesso a métodos contraceptivos considerados eficazes o aborto provocado legalizado, não seria utilizado de forma irresponsável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aborto Provocado; Aborto Espontâneo; Regressão Logística Multinomial Policotômica; Saúde Reprodutiva.

## ABSTRACT

Induced abortions are illegal in Brazil, leading many women to seek out clandestine clinics and practitioners, resulting in a serious public health problem.

The purpose of this study was to estimate the number of women in the general population of fertile age with a history of abortion. This is a retrospective transversal study, based on a random sample of women – 15 to 49 years old –, residing at the Vila Mariana neighborhood of São Paulo in 2006. Data was collected through questionnaires. As the dependent variable we used different abortion categories, reflecting different types of experiences with abortion, which included: no abortion, spontaneous abortion and induced abortion. As independent variables we used: age, the difference between number of children and ideal number of children, employment and marital status, level of education, use of contraceptives, and personal opinion about induced abortion. Analyses were carried out using chi-square tests and polytomous multinomial logistic regressions.

Furthermore, 84,4% (n=946) had no history of abortion; 11,2% (n=126) indicated having had a spontaneous abortion; and 4,4% (n=49) indicated having had an induced abortion. We found that it is 6,33 times more likely ( $p \leq 0,001$ ) to have had an induced abortion versus no abortion among women who are pro-choice; 4,58 times more likely ( $p = 0,002$ ) among women who have less than 4 years of formal education; and the chances of a woman admitting an induced abortion compared to no abortion are 7% higher for each additional year of age.

We surveyed a total of 1121 women, among which 49,5% (n=555) indicated that they had been pregnant at least once. Among the latter, 22,7% (n=126) indicated having at least one spontaneous abortion and 8,85% (n=49) indicated having at least one induced abortion. Our results show that among women with no live birth pregnancies it is 28,34 times more likely that they have undergone induced abortion versus no abortion ( $p \leq 0,005$ ); among those that are pro-choice it is 6,42 times more likely ( $p \leq 0,001$ ); among those who have less than 4 years of formal education it is 4,96 times more likely ( $p = 0,002$ ); and the chances of admitting to an induced abortion versus no abortion increases by 8% higher for each additional year of age.

Finally, this study reveals that women with no live births are 0,34 more likely ( $p \leq 0,001$ ) to have had an spontaneous abortion versus no abortion; and the chances of a woman admitting spontaneous abortion compared to no abortion is 4% higher for each additional year of age.

In conclusion, the reproductive behavior of women in this study is comparable to the behavior of women who live in developed countries. With broad access to effective contraceptive methods, legalized induced abortion would not be carried out irresponsibly.

**KEY WORDS:** Induced Abortion; Spontaneous Abortion; Polytomous Multinomial Logistic Regression; Reproductive Health; Public Health.

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Dados demográficos das mulheres avaliadas, Vila Mariana -2006.....	33
Tabela 2. Médias calculadas para o total de mulheres e para as que engravidaram - Vila Mariana, 2006. ....	34
Tabela 3. Distribuição dos AS, AE e AP para o total de mulheres - Vila Mariana, 2006 - análise univariada. ....	39
Tabela 4. Modelo final da análise de regressão logística multinomial para aborto espontâneo (AE), aborto provocado (AP) em relação a sem aborto para total de mulheres – Vila Mariana, 2006. ....	40
Tabela 5. Prevalência de mulheres que engravidaram segundo suas características - Vila Mariana, 2006. ....	42
Tabela 6. Distribuição dos SA, AE e AP para o total de mulheres que engravidaram - Vila Mariana, 2006 – análise univariada. ....	35
Tabela 7. Modelo final da análise de regressão logística multinomial para aborto espontâneo (AE), aborto provocado (AP) em relação a sem aborto para as mulheres que engravidaram – Vila Mariana, 2006. ....	38

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
1.1	<i>Considerações Gerais .....</i>	12
1.2	<i>Legislação e Atual Situação do Aborto no Brasil e no Mundo .....</i>	13
1.3	<i>Estimativas .....</i>	16
1.4	<i>Determinantes Próximos da Fecundidade e História Genésica .....</i>	19
1.5	<i>Limitações que Permeiam a Análise do Aborto .....</i>	22
1.6	<i>Justificativa.....</i>	24
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2.1	<i>Objetivo Geral.....</i>	27
2.2	<i>Objetivos Específicos.....</i>	27
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
3.1	<i>Delineamento do Estudo.....</i>	28
3.2	<i>População de Estudo.....</i>	28
3.3	<i>Composição da Amostra.....</i>	28
3.3.1	<i>Procedimento da Amostragem .....</i>	28
3.4	<i>Variáveis estudadas: Dependente e Independentes.....</i>	29
3.4.1	<i>Variável Dependente .....</i>	29
3.4.2	<i>Variáveis Independentes.....</i>	29
3.5	<i>Análises dos Resultados .....</i>	31
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
5.1	<i>Nascidos Vivos.....</i>	44
5.2	<i>Escolaridade.....</i>	44
5.3	<i>Opinião Frente ao Aborto .....</i>	45
5.4	<i>Idade no Momento da Entrevista .....</i>	46
5.5	<i>Estado Civil.....</i>	46
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>7.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
	<b>QUESTIONÁRIO COMPLETO .....</b>	<b>55</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Considerações Gerais

A palavra aborto significa privação do nascimento, *ab* é sinônimo de privação e *ortus* nascimento (LEITE, 2002). Nos dois primeiros meses de gestação o aborto é chamado de ovular; do terceiro ao quarto mês é denominado embrionário, e nos meses seguintes denomina-se fetal. Essa é uma prática que pode ser induzida por substâncias químicas abortivas ou através de processos mecânicos como: esquitejamento, envenenamento por sal, sufocamento, curetagem, sucção ou aspiração.

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 1976) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977) é considerado aborto o “*término da gestação antes da 22ª semana, pesando menos de 500 gramas. E abortamento, a expulsão deste produto conceptual antes de sua viabilidade*” (VALONGUEIRO, 2000).

O aborto pode ser considerado terapêutico quando é realizado com intuito de salvar a vida da mãe, ou eugênico, quando é realizado após a constatação de que o feto possui uma doença grave, que impossibilitará a sobrevivência materna após o parto (VERARDO & SOUZA, 2005).

Outra modalidade a ser considerada refere-se ao aborto espontâneo, que ocorre em consequência de anormalidades orgânicas da mulher, ou devido a malformações congênitas do próprio ovo.

São considerados abortos inseguros, aqueles procedimentos realizados por pessoas sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente sem os mínimos padrões médicos (VALONGUEIRO, 2000). O aborto inseguro, entretanto, pode ser observado e vivenciado em diferentes situações: onde há restrições completas a sua prática; onde sua prática é restrita a situações específicas, com limitações concretas no acesso das mulheres aos serviços públicos e finalmente, mesmo onde sua prática é permitida por lei, mas as mulheres não têm acesso aos serviços de saúde especializados e acabam por recorrer a técnicas inadequadas em termos de higiene e auxiliadas por pessoas não qualificadas.

A OMS (1998) classifica os abortos em quatro tipos: certamente induzidos (quando a mulher informa a ocorrência do mesmo ou quando existe presença de trauma genital); provavelmente induzidos (quando associado ao abortamento existem sinais de infecção, acompanhados de informações de gravidez indesejada ou falha contraceptiva); possivelmente induzidos (se existe uma das condições acima) e espontâneos (todos os outros casos).

O aborto provocado expõe a mulher a riscos e complicações, tais como: perfuração do útero, infecções e hemorragias, (HARDY & ALVES, 1992). Além disso, essas complicações podem levar a mulher à morte ou afetar as gestações futuras, aumentando, por exemplo, o risco de uma gravidez ectópica e um futuro abortamento espontâneo.

## ***1.2 Legislação e Atual Situação do Aborto no Brasil e no Mundo***

O aborto provocado nem sempre foi considerado crime. Na Grécia Antiga, por exemplo, o aborto provocado era uma prática comum, com intuito de controlar o crescimento demográfico ou populacional em função dos meios de subsistência. Quando a Igreja Católica passou a condenar irrestritamente e radicalmente tal prática, no mundo ocidental, sob sua influência, passou a ser aplicando o Direito Canônico como pena capital, tanto à mulher como ao partícipe (LEITE, 2002).

A União Soviética foi a primeira a legalizar o aborto em 1920, ao reconhecer o direito da mulher russa de interromper uma gravidez considerada não desejada ou decorrente de problemas de saúde da mulher. Já na década de 1930 os países escandinavos começaram a liberar o direito ao aborto, inicialmente com a Islândia em 1935, e logo em seguida a Suécia em 1938, a Dinamarca em 1939 e, finalmente, a Finlândia e a Noruega em 1950 e 1960 (FUSCO *e col.*, 2008).

Na década de 60, esse processo estendeu-se através da Europa, dando lugar a legalização do aborto em quase todos os países da atual União Européia, Europa Central e Europa Oriental em 1985. Já a Albânia, Bulgária, Tchecoslováquia, Hungria e Romênia legalizaram o aborto em 1986.

Na década de 70, a Europa Ocidental conquistou o direito do aborto legal e seguro, porém devido a algumas tendências regressivas na região, alguns países reviram suas leis sobre o assunto, como Espanha, Alemanha e Grécia em 1986 e Bélgica em 1990. Recentemente, na Inglaterra, onde a prática é legalizada desde a década de 60, moveu-se uma ação judicial contra a norma que regula o aborto nos casos de anomalia fetal. Em 2007, Portugal aprovou a legalização do aborto desde que ocorra até a décima semana.

No Chipre, na Polônia, Espanha e Irlanda as leis que regulamentam o aborto ainda são muito restritivas, permitindo a interrupção da gravidez somente em casos de violação, malformações fetais ou para proteger a saúde da mulher. Já na Suíça a prática do aborto foi legalizada em 2001.

Nos países Asiáticos o aborto é controlado pelo Estado. No Japão em 1948, o aborto foi legalizado com o nome de “Lei da Proteção Eugênica”, com o objetivo de controlar a superpopulação e a aceleração da taxa de crescimento populacional. Na China em 1975, a legalização do aborto foi aprovada sem restrições e, desde então, a prática do aborto tornou-se muito popular. Devido à insistência do governo chinês para que as famílias tenham apenas um filho, o que gerou uma severa política de controle da fecundidade, além das sanções econômicas e sociais ditadas para esse fim, o planejamento familiar já não é um assunto pessoal, e sim controlado pelo Estado (STRICHLER, 2006).

No Canadá, desde 1969 o aborto é permitido em situações de risco à saúde da mulher sendo que, a partir de 1973 a interrupção voluntária da gravidez deixou de ser ilegal.

Na América Latina e no Caribe, as leis continuam muito restritivas em relação ao aborto. Entre os fatores que explicam este caráter está, sem dúvida, a influência da Igreja Católica sobre as leis e as políticas públicas, ao defender a inclusão de princípio do direito à vida desde o momento da concepção.

Isto se reflete nas legislações de vários países, como: Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, Peru, Equador, Honduras, Guatemala, Costa Rica e Nicarágua, que incluem esse conceito em suas constituições e em outras legislações, como é o caso do código de defesa da criança e do adolescente.

Atualmente, o aborto é inteiramente legal somente em Porto Rico, na Guiana e em Cuba, que é o único país hispânico em que o aborto é legal sem restrições desde 1959 (STRICHLER, 2006).

Na maioria dos outros países, incluindo Brasil e Argentina, o procedimento é permitido quando a gravidez resulta de violência sexual ou representa risco de vida para a mulher. Alguns têm em suas legislações apenas um desses dois permissivos. É o caso de Venezuela e Paraguai, onde a prática é permitida somente para salvar a vida da gestante. Poucos contemplam, em suas leis, exceções que tornam legal o aborto, como os casos de má formação fetal. Quando o fazem, liberam o procedimento somente se há risco de vida para a mulher (FUSCO *e col.* 2008). Finalmente, na Colômbia a Suprema Corte deve acatar uma ação de arguição constitucional em relação às restrições da lei penal vigente que desautoriza a interrupção da gravidez em todos os casos. A ação é acompanhada de uma proposta de reforma legal para ampliar os permissivos, incluindo os casos de estupro e risco à saúde.

No México, cada estado tem seu próprio Código Penal. Desde 1990, tem havido mobilizações políticas em níveis estaduais, tanto para assegurar acesso aos procedimentos nos casos em que o aborto é legal - geralmente estupro, quanto para conseguir reformas legais

mais amplas. Em 2007, na Cidade do México, foi aprovada uma nova lei que amplia o acesso ao aborto por razões de saúde, desde que o mesmo ocorra até a 12ª semana de gestação.

Na Bolívia, as feministas têm lutado desde 1997 para tornar acessível o aborto nos casos previsto no Código Penal. Isto resultou no projeto de “Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva”, que foi aprovado pelo Parlamento em 2004. No entanto, por pressões da Igreja Católica, o projeto não foi sancionado pelo presidente da República (FUSCO *e col.* 2008).

Em 2002, no Uruguai, um projeto de “Lei de Defesa da Saúde Reprodutiva” que inclui a descriminalização do aborto foi aprovado pela Câmara dos Deputados. Em 2004 a proposta já contava com 63% de apoio por parte da população. Mas não foi aprovada pelo Senado Federal, que decidiu manter a lei vigente no país desde 1938, a qual considera o aborto crime, com certas exceções e atenuantes. Apesar da derrota, o Ministério da Saúde adotou em outubro do mesmo ano uma norma técnica para “redução de danos do aborto clandestino”. Este protocolo recomenda aos médicos do serviço público que ofereçam às mulheres que desejam recorrer a um aborto clandestino informações e medidas profiláticas necessárias para evitar riscos à saúde.

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

Não se pode negar que o aborto provocado é um assunto polêmico e controverso principalmente em países onde sua prática é considerada como um crime. Dentre eles, destacam-se: Afeganistão, Angola, Brasil, Camboja, Chile, Colômbia, Costa Rica, Costa do Marfim, México, Nigéria, Venezuela, Indonésia, Irã, Irlanda, Moçambique, Nicarágua, Guatemala, Haiti, Síria, Filipinas, etc.

Segundo Silva (1992), existe um grande interesse no conhecimento da incidência e as características do aborto provocado tanto para a saúde pública quanto para a demografia, porém, sua abordagem é difícil por ser considerada uma prática criminosa no Brasil, - conforme os artigos 124 a 128 do Código Penal Brasileiro.

A penalidade para as mulheres que se submetem a um aborto de forma ilegal varia de 1 a 10 anos de prisão, com pena duplicada para aqueles que o praticaram ou auxiliaram.

Apesar disso, em sua pesquisa sobre a magnitude do aborto no Brasil ADESSE (2008), afirma que a tipificação do aborto como um delito em si não desestimula as mulheres

a se submeterem ao aborto, mas pelo contrário, as incentiva a práticas de risco. Esta mesma pesquisa mostra que existem diferenças sócio-econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. Mulheres com maiores condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso aos métodos e clínicas de abortamento ilegais com melhores condições de higiene e cuidado. Já no caso das mulheres mais carentes, considerada a grande maioria da população feminina brasileira, recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando num alto índice de agravos à saúde.

### **1.3 Estimativas**

Estima-se que dos 46 milhões abortos que são realizados anualmente em todo o mundo, 19 milhões são de abortos inseguros. De acordo com o Relatório Morte e Negação: Abortamento Inseguro e Pobreza, divulgado pela Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPFF), 70 mil mulheres morrem todo ano em decorrência a complicações da prática do aborto provocado (BACOCINA, 2007).

Em 1996, as estimativas indicavam que no Brasil, ocorriam entre 300.000 e 3,3 milhões de abortos ilegais a cada ano (FONSECA *et al.*, 1996).

Neste mesmo ano, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde indicava que, em nosso país, das pessoas que viviam em união e com dois filhos vivos, 90% das mulheres e 88% dos homens não queriam uma outra gravidez. Daqueles com um filho, 50% não desejavam aumentar sua prole. Na ausência de práticas seguras e adequadas para evitar a gravidez, e com uma taxa nacional de fecundidade total de 2,5 filhos por mulher na época da pesquisa, pôde-se inferir que as gestações indesejadas tendiam a ser bastante comuns (SORRENTINO, 2001).

As informações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SUS), nacionalmente, entre 1992 e 2005, com mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos, indicavam que o número estimado de abortos inseguros por 100 nascimentos vivos, em 1992, era equivalente a 43% dos nascidos vivos, mostrando que uma elevada proporção das gestações não foi desejada, levando estas mulheres ao abortamento, (ADESSE, 2007). Ainda, esta proporção caiu para 31% em 1996, mas, apesar de ter diminuído na década de 1990, ainda correspondia a cerca de 30% dos nascimentos em 2005. Isto consolida também a idéia de que a anticoncepção no Brasil ainda não havia atingido um nível de cobertura suficiente para evitar a elevada proporção de gestações indesejadas.

A clandestinidade é outro fator que dificulta os registros dos casos pelos sistemas de informação, impossibilitando a coleta de dados precisos. Na tentativa de minimizar este problema, o Instituto Alan Guttmacher (AGI) publicou em 1994, um estudo com base em pesquisa feita com profissionais de saúde de seis países da América Latina, entre os quais o Brasil. O trabalho propôs a aplicação de um fator de correção de 5,0 sobre os dados oficiais acerca do número de mulheres internadas por complicações de aborto. Assim, se em 1995 o SUS registrou 274.698 curetagens pós-aborto, multiplicando-se este número por 5,0 a estimativa seria de aproximadamente 1.4000.000 abortos (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

Segundo estimativa da OMS, no Brasil, 31% das gestações terminam em abortamento. Todos os anos ocorrem, de acordo com as estimativas, cerca de 1,4 milhões de abortamentos espontâneos e/ou inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres de 15 a 49 anos. Como reflexo dessa situação, no ano de 2004, 243.998 internações na rede SUS foram motivadas por curetagens pós-aborto, correspondentes aos casos de complicações decorrentes de abortamentos espontâneos e inseguros (Ministério da Saúde - Brasil, 2005).

Tais curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, superadas, apenas, pelos partos normais. Já o abortamento é a terceira causa de óbito materno no País, atrás apenas dos casos de pré-eclâmpsia e hemorragias não provocadas. Os dados mais recentes disponíveis de razão de mortalidade materna por causa, de 2001, apontaram 9,4 mortes de mulheres por aborto por 100 mil nascidos vivos.

A curetagem pós-aborto causa sérios danos à saúde das mulheres que provocam o aborto clandestino, como hemorragias graves, perda do útero além do fato de que muitas mulheres acabam encaminhadas para UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e morrem.

Em 2005, o dossiê produzido pela Rede Feminista de Saúde, indicava que são gastos anualmente cerca de US\$ 10 milhões no atendimento de complicações do aborto inseguro no Brasil (Jornal Folha de São Paulo, 2005). Elaborado a partir de consultas ao DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) entre os anos de 1999 e 2002, esse dossiê mostra que, são realizadas cerca de 238 mil internações por ano, em decorrência de abortos, na rede pública de saúde a um custo individual de R\$ 125,00 totalizando por volta de R\$ 29,7 milhões. Destaca-se que não foram computados os atendimentos realizados na rede privada.

Segundo o Ministro da Saúde José Gomes Temporão, em entrevista à Revista Época (nº 465, abril de 2007), em 2006 o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2 mil abortos legais, enquanto o número de mulheres que buscaram os serviços públicos de saúde para

realizar curetagem – procedimento necessário após o aborto – chegou a 220 mil. Ainda segundo o Ministro, “*não é razoável imaginar que todos tenham sido derivados de abortos espontâneos.*”(Segatto, 2007).

A decisão da realização do aborto pela mulher tanto pode ser influenciada por algumas características relacionadas à idade e paridade como por características que refletem e influenciam seus valores, suas atitudes, e motivações para prevenir uma gravidez não desejada, tais como: condição marital, educação, local de residência, renda familiar e uso de métodos contraceptivos (FONSECA *et al.*, 1996).

Dados da ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) 2006 indicavam que apesar do nível de mortalidade materna na América Latina e no Caribe ser baixo em comparação com outras regiões em desenvolvimento, os óbitos por causas relacionadas com a gravidez e o parto constituem ainda um problema importante de saúde pública em muitos países.

Em setembro de 2000, um grupo de líderes globais, definiu oito metas chamadas “Metas de Desenvolvimento do Milênio” - (*Millennium Development Goals*). Com isso, convocavam os países a reduzir a fome e a pobreza; a endereçar questões como doenças, desigualdades de gênero, analfabetismo, falta de acesso a água limpa e ameaças ao meio-ambiente. Dentre essas metas destaca-se a Meta 5, que prevê reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2008).

A ONU aponta ainda que um dos fatores determinantes da morbidade e da mortalidade materna é o baixo acesso das mulheres a serviços de saúde de boa qualidade, inclusive os serviços de prevenção a gravidez. A falta de tal acesso se traduz em óbitos e danos à saúde que seriam totalmente evitáveis mediante um atendimento e um controle adequados.

Segundo a OMS (1998), 99% das mortes maternas ocorriam nos países do Terceiro Mundo, onde o risco é de 100 a 200 vezes maior do que nos países ricos. Nada confortável é a 65ª posição que o Brasil ocupa no ranking mundial de mortalidade materna. Países muito mais pobres e com rendas per capita menores que o Brasil, como Uruguai, Chile e Cuba, têm coeficientes menores que 30/100.000 nv.

Em Cuba, a partir da legalização permissiva do aborto, em 1965 (configurada no novo Código Penal de 1987), a mortalidade materna declinou de 120 por 100 mil nascidos vivos para 7 por 100 mil nascidos vivos (FUSCO *e col.*,2008). Dessa forma, podemos observar que ao legalizar o aborto, para que o mesmo seja realizado em adequadas condições sanitárias e por profissional habilitado, possibilitou reduzir drasticamente a morte materna.

O Perfil Estatístico da Mulher Cubana, publicado em 2000 pela Oficina Nacional de Estatísticas (ONE), mostrou que, entre 1968 e 1996, foram registrados 5,6 milhões de nascidos vivos em Cuba, enquanto foram realizados cerca de 3,2 milhões de abortos. Só no ano de 2002, foram interrompidas 21,5 gestações para cada mil mulheres, com idades entre 12 e 49 anos, e 49,8 para cada 100 partos, afora as regulações menstruais efetuadas através de aspiração endouterina.

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

Apesar de o aborto poder ser utilizado erroneamente como prática contraceptiva por questões sociais inerentes ao sistema vigente, em Cuba sua prática segura mantém a Mortalidade Materna (MM) em níveis baixos quando comparados a outros países latino-americanos. No Brasil, a taxa de MM encontra-se estimada entre 91,02 e 182,04/100.000 nv (embora o valor oficial calculado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, SIM/MS, tenha sido de 76,09 para 2004). Por ser o aborto considerado crime pelo código penal deste país (com exceção apenas dos casos de estupro e de risco iminente de vida da mãe), e por outras deficiências do sistema de notificação das mortes maternas, há enorme sub-registro das mesmas.

#### ***1.4 Determinantes Próximos da Fecundidade e História Genésica***

Para Gaspar *e col.* (1997), o conceito de exposição ao risco de gravidez relaciona-se às relações sexuais dentro ou fora do casamento e à capacidade biológica da mulher de conceber e dar a luz a uma criança.

Além da contracepção, existem fatores que podem influenciar a probabilidade da mulher engravidar, geralmente conhecidos como determinantes próximos da fecundidade, que são: a nupcialidade, o relacionamento sexual, a amenorréia pós-parto, a abstinência sexual e a infertilidade.

Estudos sobre a evolução da fecundidade no Brasil mostram que entre 1940 e 1960 a Taxa de Fecundidade Total (TFT) permaneceu praticamente constante com uma pequena tendência de aumento. O processo de seu declínio teve início nos anos 60 nas áreas urbanas e nas áreas mais desenvolvidas do país, e se generalizou rapidamente a partir dos anos 70 (AGUIERRE & PERPÉTUO, 1998).

Em pesquisa realizada com as mulheres de diferentes regiões brasileiras entre 1970 e 1976 (Boongarts, 1980), observou-se que o declínio da fecundidade marital foi o principal componente da queda da fecundidade brasileira durante a década de 70, e que o seu determinante próximo mais importante seria o crescente controle de natalidade por meio de métodos planejados – (principalmente a pílula) – ou por soluções drásticas – (esterilização e aborto).

Estudos realizados com dados de 1986 permitiram um maior conhecimento sobre os determinantes da queda de fecundidade e mostram que a contracepção foi o principal fator que influenciou a redução da fecundidade. Sua influência no nível de fecundidade, cerca de 60%, foi maior do que outros fatores, quais sejam, o padrão de casamentos (36,4%), o da infertilidade pós-parto (8,9%) e o aborto (1,9%) (AGUIRRE *et al.*, 1998). Considerando-se o *mix* dos métodos contraceptivos, observaram-se que a esterilização aumentou de 40% em 1986, para 49% em 1996, período em que a participação da pílula caiu de 38% para 30% e o uso de outros métodos considerados “modernos” cresceu de 7% para 13%, em comparação com o uso de métodos considerados tradicionais, que diminuiu de 15% para 8%.

Destaca-se nesta mesma pesquisa que, a prevalência da esterilização na década analisada era bastante alta no Rio de Janeiro e em São Paulo, na área urbana e entre as mulheres com maior nível educacional, mas por outro lado, o ritmo de seu maior crescimento ocorreu na região nordeste, no meio rural e nos grupos com menor nível de instrução.

A regulação da fecundidade através da esterilização teria ocorrido principalmente nos grupos menos privilegiados. Já os grupos socialmente mais privilegiados, apresentavam uma tendência de diminuição pela técnica de esterilização, devido aos acessos crescentes a métodos mais avançados (DIU – Dispositivo intra-uterino; esterilização masculina e injeção), provavelmente porque essas mulheres têm também acesso a informações comparativamente mais adequadas e acerca do repertório de métodos desenvolvidos pela ciência e tecnologia.

A esterilização é proibida pelo Código Penal Brasileiro<sup>1</sup> e pelo Código de Ética Médica o que leva os profissionais de saúde a realizarem as esterilizações (laqueaduras) juntamente com partos cesarianos (BERQUÓ, 1993). Seu trabalho chama a atenção para o que denomina de “Cultura da Esterilização”, ressaltando que das esterilizações feitas em 1986, 75% foram feitas no último parto, com maior prevalência na região Nordeste.

---

<sup>1</sup> Pelo Código Penal Brasileiro, elaborado em 1940, Art. 129, parágrafo III, a esterilização é crime por ser considerada uma lesão corporal de natureza gravíssima, quando resulta na perda ou na inutilização da função reprodutiva. Neste sentido, a pena correspondente é de reclusão de 2 a 8 anos.

A prevalência da esterilização no Nordeste cresceu rapidamente, acompanhando o nível de instrução da mulher, enquanto que em São Paulo, a escolaridade já não se constitui em um diferencial.

Em uma pesquisa realizada com 3703 mulheres em 1988, no Estado de São Paulo, Osis *e col.* (1990) observaram que, 32% das mulheres engravidavam para serem esterilizadas durante o parto por cesária.

Em 1995, com a “Lei do Planejamento Familiar”, o Ministério da Saúde pretendia aumentar o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados brasileiros, até 2007. Em 2004, 38.276 laqueaduras e 14.201 vasectomias foram realizadas na rede pública de saúde. Neste mesmo ano o SUS contava com 567 instituições de saúde para realizar estes procedimentos cirúrgicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2005).

Segundo Silva (2000), a esterilização cirúrgica, que até 1997 era considerada ilegal, enquadrada no artigo 129 do Código Penal, difundiu-se no Brasil a partir da década de 70. A Lei brasileira não proibia explicitamente a esterilização, mas proibia a mutilação física (Artigo 129 Código Penal, Lesões Corporais) sendo a esterilização considerada uma lesão corporal com perda ou inutilização de membro, sentido ou função era, portanto, considerada ilegal, e passível de ser punida com pena de detenção de 3 meses a 1 ano. Além disso, o Código de Ética Médica, em seu artigo 52 “Da responsabilidade Médica” – Capítulo VI, condena a esterilização, a não ser em casos excepcionais, casos para os quais dois médicos são indicados para conferência.

Após a publicação no Diário Oficial da União em 27/11/1997, a rede pública de saúde deve assumir a esterilização, preparando hospitais públicos para o cumprimento da “Lei do Planejamento Familiar”. As mulheres que procurarem esse serviço de esterilização deverão ser aconselhadas e desencorajadas a realizar esse procedimento precocemente. A Lei proíbe a esterilização de mulheres durante o parto ou aborto, “exceto nos casos de comprovada necessidade”, como é o caso de cesarianas sucessivas (SILVA, 2000).

Em um levantamento realizado por Ross (1991), naquela época cerca de 25% dos casais do terceiro mundo estavam esterilizados.

A porcentagem de esterilização feminina, em 1996, entre as mulheres em idade fértil era de 27, 3%, ou seja, uma mulher esterilizada em cada quatro deste grupo etário. O percentual de laqueaduras era próximo a 50% quando se consideram somente as mulheres de 30 anos ou mais (IDB Indicadores e Dados Básicos, 1998).

A elevada presença da esterilização feminina como método contraceptivo no Brasil faz parte de uma tendência presente em várias partes do mundo, principalmente nos blocos menos desenvolvidos. Por outro lado, os métodos não “modernos” como, por exemplo, o códon, estão mais presentes no bloco dos países mais desenvolvidos. Dentre os países da América Latina, o Brasil, ocupa o oitavo lugar nessa prática de esterilização para encerrar a fecundidade (BERQUÓ, 1993). Destaca-se ainda que, os principais argumentos utilizados pelas mulheres que realizam a laqueadura são principalmente: o fato de não quererem ter mais filhos ou por terem problemas de saúde, sendo que este último é usado como argumento pela classe médica para a realização da laqueadura.

### ***1.5 Limitações que Permeiam a Análise do Aborto***

São muitos (FONSECA *e col.*, 1996; OSIS *e col.*, 1996; FUSCO *e col.*, 2008; SILVA, 1992), os estudos que apontam as dificuldades de se caracterizar os índices de abortos provocados na população, devido aos cuidados necessários para o levantamento dessas informações por constituírem um assunto delicado, civil e criminalmente considerado ilegal.

Para Osis *e col.* (1996), as dificuldades referem-se não somente ao fato de se tratar de uma prática ilegal, já que tanto as mulheres como os médicos não vêm de fato sendo punidos. As dificuldades referem-se também a postura das mulheres em admitirem terem realizado ou não o aborto, por motivos psicológicos, sociais, religiosos e culturais, associados não somente à própria decisão de fazer o aborto, como de reagir e falar ou não sobre ele.

A morte por aborto é classificada como morte materna direta, em sua maioria evitável e cujos níveis de cobertura são baixos, tanto em relação à omissão de seu registro em cartórios (sub-registro), observado principalmente em regiões como o norte e o nordeste do Brasil, como em relação ao preenchimento correto da causa básica ou causa principal do óbito (sub-informação) este último, representa um fenômeno mais universal e com características distintas para cada região (VALONGUEIRO, 2000). Uma morte cuja causa básica foi um aborto, acaba sendo menos declarada do que as mortes decorrentes de hemorragias ou eclâmpsias, porque estas mesmo evitáveis, não sofrem os efeitos dos fatores morais, culturais e religiosos, fatores estes que muitas vezes escapam à objetividade dos métodos de mensuração mais comuns como os inquéritos e as pesquisas quantitativas. Dessa forma, as mortes decorrentes de abortos contribuem significativamente para aumentar os níveis de sub-registro e sub-informação das mortes classificadas como maternas.

A questão metodológica mais complexa em um estudo onde tema é o aborto e suas complicações, diz respeito às fontes de dados que dependem diretamente do contexto no qual o aborto ocorre (legalidade ou ilegalidade) e definem que tipo de método deverá ou poderá ser utilizado para estimar seus níveis e tendências. Conhecendo-se as restrições às quais o aborto está sujeito, pode-se inferir o tipo e qualidade das possíveis fontes de dados a serem utilizadas.

Em regiões ou países com leis não restritivas à prática do aborto, os dados são geralmente coletados a partir de estatísticas oficiais e de profissionais que realizam o aborto em clínicas privadas. Em alguns países como os EUA, *The Alan Guttmacher Institute* é a principal fonte, pois as estatísticas governamentais são incompletas para muitos Estados. Embora nessas regiões, os registros sejam em sua maioria obtidos facilmente, estes são incompletos e sujeitos a erros, sendo a ausência de universalidade na oferta de serviços de aborto, certamente o fator mais importante na omissão e subinformação (VALONGUEIRO, 2000).

Em sua pesquisa sobre mortalidade materna por aborto, Valongueiro 2000, afirma que para as regiões onde existem leis restritivas à prática do aborto, em princípio, não existem estatísticas oficiais. As informações são obtidas através de estimativas realizadas por instituições governamentais ou não governamentais, grupos ou indivíduos (teses, dissertações) envolvidos na sua mensuração e/ou intervenção. Estas estimativas são construídas através de técnicas diretas ou indiretas e baseadas em diversas fontes: registros oficiais de mulheres hospitalizadas para tratamento de complicações, estudos hospitalares, entrevistas domiciliares, *surveys* sobre práticas médicas, entre outras. Em geral, estes dados precisam ser ajustados, pois além do problema da confiabilidade, muitas vezes precisam adequar-se aos pressupostos das referidas técnicas. Muitas dessas estimativas partem do número de mulheres hospitalizadas por complicações de aborto que após correção do sub-registro (estimado), obtém-se o percentual de abortos induzidos através da remoção do número de abortos espontâneos. Uma questão adicional a ser considerada ao se proceder a estimativas para áreas muito extensas ou populações muito grandes é o peso que elas representam no total, principalmente porque em geral se trabalha com valores médios. Os números e taxas de aborto e suas complicações para os países desenvolvidos, por exemplo, são influenciados pelo Leste e Centro Europeu, onde o aborto comumente é utilizado como método contraceptivo. Na Ásia, o aborto é permitido sob critérios, mas virtualmente todos os abortos são “legais”.

Em pesquisa já citada, realizada com 2000 mulheres em idade fértil – 15 a 49 anos – residentes no subdistrito de Vila Madalena, São Paulo, Brasil, Silva (1992) constatou que, no

transcorrer da vida reprodutiva, realizam com maior intensidade o aborto provocado às mulheres não casadas, as sem nascidos vivos, as com menor número de nascimentos que o desejado, as que possuem entre 15 a 19 anos de idade e as que verbalizam aceitar a prática do aborto provocado em qualquer circunstância.

Este trabalho, cujo tema refere-se à “Prevalência e características das mulheres com história de aborto – Vila Mariana, 2006” foi apresentado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, e aprovado sob o número 0116/07 em 09/02/2007.

Vale destacar que este estudo é um componente do projeto “Integralidade em Saúde” (CEP:0110/06) do Departamento de Medicina Preventiva – UNIFESP, coordenado pelo professor Doutor Luiz Roberto Ramos, do qual o sub-projeto relativo à “Saúde Reprodutiva” é de responsabilidade de professora Doutora Rebeca de Souza e Silva, e visa aprofundar o conhecimento sobre a epidemiologia do aborto provocado, tema do qual a referida professora vem se dedicando desde 1986.

## **1.6 Justificativa**

O aborto provocado é um assunto debatido mundialmente, cujos motivos e conseqüências afetam as mulheres após a decisão de abortar (COOK, 1991).

Considerada uma prática criminosa em vários países, o aborto acaba sendo realizado clandestinamente e acarreta em um grave problema de Saúde Pública. É o aborto a principal causa de mortalidade materna na América Latina e no Caribe. No Brasil, pesquisas indicam que 21% das mortes maternas ocorrem em decorrência de complicações do aborto clandestino, sendo considerada a quarta causa de morte materna. Sabe-se, porém, que ele pode estar incluído também entre as duas causas que o antecedem – síndromes hemorrágicas e infecções puerperais – o que faria com que configurasse, na verdade, a terceira causa de morte materna, pois raramente sua ocorrência é referida no atestado de morte (FUSCO *e col.*, 2008). Ainda no Brasil observa-se que, a cada 100 mil bebês nascidos vivos, quase 80 brasileiras falecem, (FLEISCHER & RODRIGUES, 2008); isto é, se nascem cerca de 3,240 milhões bebês por ano no Brasil, morrem cerca de 2.592 mulheres em razão da gravidez ou do parto — número ainda subestimado dada a subnotificação.

Destaca-se que mortalidade materna é definida como sendo o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após a gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela

condição gestacional ou ainda por medidas relativas a essa, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (FLEISCHER & RODRIGUES, 2008).

Em 1994, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em seu programa de ação reconheceu pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro como sendo um grave problema de saúde pública (parágrafo 8.25). O documento assinado na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizado em Pequim em 1995, reafirmou o conteúdo do parágrafo 8.25 do Cairo, acrescentado a recomendação de que os países considerem as revisões das leis que contêm medidas punitivas contra as mulheres que se submetem a prática do aborto provocado de forma ilegal (parágrafo 106k).

Já em 2000, o documento de Pequim +5 incorporava na íntegra o texto do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim, onde se mencionava a necessidade de revisão das leis que puniam a prática do aborto ilegal.

Em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), os líderes das grandes potências mundiais e os chefes de Estado de 189 países, entre eles do Brasil, discutiram a gravidade do estado social de muitos países do mundo e definiram oito objetivos que apontam as ações em áreas prioritárias para a superação da pobreza (HAKKERTE, 2003). Esses objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, apresentam metas detalhadas em indicadores, que devem ser alcançadas em sua maioria, até 2015. O objetivo 5 visa melhorar a saúde materna, apresentando a meta 6: reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

Os EUA se contrapuseram as decisões do Cairo às chamadas Metas do Milênio, divorciadas dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, o que provocou um verdadeiro retrocesso em relação ao aborto como uma questão de Saúde Pública, na medida em que passou a ser privilegiado apenas o momento da concepção produtiva (parto), em detrimento do enfoque dado a mortalidade materna como referente à morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, vigente desde 1987 (Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, 1987), reenfocado na CIP, Cairo, 1994, e que incluía o aborto como uma das formas de resolução possível, mesmo quando não desejável, da gestação. Destaca-se que houve também um retrocesso ao se voltar ao discurso da saúde materno-infantil, desconsiderando-se o conceito atual de saúde integral da mulher.

É impossível atingir a redução da mortalidade materna, pretendida nas metas do milênio, sem intervir diretamente nos cuidados médicos destinados ao aborto clandestino, inseguro, que em sua grande maioria é provocado voluntariamente. No Brasil, não raras

vezes, sobretudo entre as mulheres de baixo poder aquisitivo, os casos de aborto espontâneo também são tratados com negligência por conta de preconceito e discriminação (parte-se do princípio de que foram provocados). Segundo a Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (2001), "Quando uma mulher chega a um hospital ou maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime".

É o aborto inseguro a principal causa de mortalidade materna na América Latina e Caribe, segundo a Organização Panamericana de Saúde, 2004. De acordo com a OMS, cerca de 21% das mortes maternas nessa região devem-se às complicações do aborto inseguro. A quase totalidade desses óbitos poderia ser evitada não fosse a clandestinidade dos abortos e as condições inseguras em que são praticados (Instituto Alan Guttmacher, 1994). É também nessa região que se registra o maior número de abortos clandestinos e inseguros, produto de um elevado número de gestações não planejadas. O Instituto Alan Guttmacher chegou a um valor estimado de 4 milhões de abortos clandestinos ao ano para a América Latina e Caribe, sendo que o Brasil colaboraria com de 750 mil a 1,5 milhões desses.

Estudos realizados por Silva (1986, 1992 e 1998), com técnicas que permitem estimar a proporção de mulheres que omitem a indução de um aborto, sugerem que essa última cifra seja mais realista.

Faltam no Brasil estudos epidemiológicos sobre abortamento inseguro, clandestino, principalmente em populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais há um peso maior do aborto nas taxas de morbimortalidade materna, e onde mais se faz clara a necessidade de trabalhar a questão do planejamento familiar preventivo – uma das principais questões estudadas pela Saúde Reprodutiva.

A quase totalidade destas mortes poderia ser evitada se o aborto provocado não ocorresse de forma clandestina e em condições inseguras, tais como: falta de higiene, falta de assistência realizada por profissionais especializados, além de todas as medidas necessárias para a atenção à saúde da mulher antes e depois da realização do aborto.

Sem a pretensão de esgotar um assunto tão complexo, percebemos a necessidade da realização de um estudo que venha acrescentar e complementar dados em relação ao perfil das mulheres com história de aborto provocado e espontâneo das possíveis causas que levam algumas mulheres em um determinado momento de suas vidas a realização dessa prática.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 *Objetivo Geral***

Estimar a prevalência de mulheres com história de aborto provocado e espontâneo, isoladamente, bem como levantar o perfil do histórico das gestações entre as mulheres em idade fértil, residentes no subdistrito de Vila Mariana, em 2006.

### **2.2 *Objetivos Específicos***

- Estimar a prevalência de mulheres com história de aborto provocado e espontâneo, isoladamente, entre as mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, residentes no subdistrito de Vila Mariana, em 2006, para o total de mulheres entrevistadas e para as mulheres que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas reprodutivas.

- Determinar o comportamento diferencial das referidas prevalências em função das seguintes variáveis: idade da mulher, a fecundidade desejada, o número de nascidos vivos, o estado conjugal, a escolaridade, uso de métodos contraceptivos, atividade remunerada e, finalmente, nas situações em que considera aceitável a prática do aborto.

### **3. METODOLOGIA**

#### ***3.1 Delineamento do Estudo***

Trata-se de um estudo transversal, produzido por amostras aleatórias entre mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, residentes no Subdistrito da Vila Mariana, na Cidade de São Paulo, 2006.

#### ***3.2 População de Estudo***

A população de estudo foi constituída por mulheres em idade fértil - entre 15 e 49 anos-, e por mulheres com histórico de gestação, tendo filhos nascidos vivos (NV) ou com antecedente de aborto provocado (AP) ou espontâneo (AE) no transcorrer de suas vidas reprodutivas, residentes na Cidade de São Paulo, no subdistrito da Vila Mariana, 2006.

#### ***3.3 Composição da Amostra***

Vila Mariana – das 1441 entrevistas realizadas, 1121 foram consideradas válidas, já que algumas entrevistas pertenciam ao subdistrito da Saúde.

##### ***3.3.1 Procedimento da Amostragem***

Utilizou-se um procedimento de amostragem aleatória para a aplicação de questionários (ANEXO 1), originalmente empregado na avaliação de cobertura vacinal, de baixo custo e que produz estimativas tão fidedignas quanto ao método equi-probabilístico (Cardoso, 1990). Na versão original, este plano consiste em sortear 30 quadras e, a partir de um início aleatório, realiza-se um mínimo de 7 entrevistas. O subdistrito da Vila Mariana foi dividido em quarteirões, que foram numerados obedecendo a uma ordem circular, no sentido horário. Neste quadro de amostragem, ao acaso, era sorteado um quarteirão a partir de um início e rota casual, onde todos os domicílios eram visitados até que fossem entrevistadas 16 mulheres em cada quadra. Foram percorridas 71 quadras. Há 1121 entrevistas válidas.

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2006, em dias e horários diversificados. 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. 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.

Destaca-se que neste trabalho são analisados o total de mulheres entrevistadas (n=1121) e as mulheres que tiveram alguma gravidez (n=555).

### **3.4 Variáveis estudadas: Dependente e Independentes**

#### **3.4.1 Variável Dependente**

De acordo com as suas respostas as perguntas sobre o seu histórico de gestação, cada mulher foi classificada em uma de três categorias mutuamente exclusivas de Aborto:

- *Sem Aborto (SA)*: quando a mulher declarava nunca ter tido nenhum tipo de aborto.
- *Aborto Espontâneo (AE)*: Quando a mulher declarava ter tido pelo menos um aborto espontâneo e nenhum aborto provocado.
- *Aborto Provocado (AP)*: Quando a mulher declarava ter tido ao menos uma vez um aborto provocado.

#### **3.4.2 Variáveis Independentes**

As variáveis independentes foram:

- **Idade atual**: a idade foi coletada em anos completos, no momento da entrevista.
- **Defasagem**: é a discrepância observada entre o número de filhos nascidos vivos e o número de filhos considerados como sendo ideal categorizada em:
  - Menor: quando o número de filhos nascidos vivos era inferior ao número de filhos considerado como ideal.
  - Igual: quando o número de filhos nascidos vivos era igual ao número de filhos considerado como ideal.

- Maior: quando o número de filhos nascidos vivos era superior ao número de filhos considerado como ideal.

- **Atividade Remunerada:** definida como sendo a condição em que a entrevistada se declarava no momento da entrevista. Esta situação foi categorizada em:

- Sim – se empregada ou realiza bicos;
- Não – se não trabalha, desempregada ou aposentada.

- **Escolaridade:** de acordo com o declarado no momento da entrevista, esta variável foi categorizada em:

- de 0 a 4 anos de estudo;
- de 5 a 8 anos de estudo;
- de 9 a 11 anos de estudo;
- 12 ou mais anos de estudo.

- **Estado Civil:** definida como a condição em que a mulher se encontrava no momento da entrevista:

- Solteira;
- Não Solteira – casada, unida, separada, divorciada ou viúva.

- **Contraceptivo:** de acordo com o seu uso no momento da entrevista, esta variável foi categorizada em:

- Nenhum: quando a mulher não usa nenhum tipo de método contraceptivo;
- Não Eficaz: quando a mulher usa métodos que não são considerados eficazes;
- Pílula ou DIU: métodos estes considerados eficazes;
- Esterilizada.

- **Opiniões frente ao Aborto Provocado:** esta variável foi categorizada de acordo com o declarado no momento da entrevista em:

- Aceita: nas situações em que considera aceitável a prática do aborto;
- Não Aceita: em hipótese alguma.

- **Nascidos Vivos** - categorizada em:

- Nenhum: quando a mulher declarava não possuir nenhum filho;
- Um ou Dois: quando a mulher declarava possuir um ou dois filhos;
- Três ou mais: quando a mulher declarava possuir três ou mais filhos.

### **3.5 Análises dos Resultados**

Foram construídas tabelas de frequência cruzando-se a classificação da mulher segundo aborto e as variáveis independentes. O teste do Qui-quadrado da razão de verossimilhança generalizada foi realizado para verificar possíveis associações entre ter ou não algum tipo de aborto com cada uma das variáveis independentes. O método de regressão logística policotômica foi adotado a fim de se determinar quais das variáveis independentes que, em conjunto, descreveriam melhor as mulheres segundo a ocorrência de aborto.

Desta maneira, as razões de chances da prevalência de mulheres com aborto espontâneo sobre a prevalência de mulheres sem aborto e da prevalência de mulheres com aborto provocado sobre a prevalência de mulheres sem aborto foram calculadas em relação a uma classe de referência, bem como seus intervalos de 95% de confiança, tanto para o total de mulheres entrevistadas como para as que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas reprodutivas.

No modelo inicial foram utilizadas todas as variáveis independentes que na análise univariada apresentassem uma significância de até 20%. Um procedimento de remoção de variáveis do tipo “backward” foi utilizado para se obter um modelo final com apenas as variáveis com significância inferior a 5%.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa SPSS versão 15.0.

#### **4. RESULTADOS**

Neste estudo, 1121 mulheres em idade entre 15 e 49 anos (média=36,75 anos; DP=9,98; mínimo=15,02; máximo=49,97) foram entrevistadas, das quais 49,5% (n=555) 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 Vila Mariana em 2006, segundo: a faixa etária, a defasagem, o exercício de atividade remunerada, a escolaridade, o estado civil, o uso de métodos contraceptivos, a opinião frente ao aborto provocado e o número de filhos nascidos vivos.

Tabela 1. Dados demográficos das mulheres avaliadas, Vila Mariana -2006.

	<b>N (Total=1121)</b>	<b>% (100,0)</b>	<b>N G<sup>1</sup> (Total=555)</b>	<b>% (100,0)</b>
<b>IDADE</b>				
15  -- 20	159	14,2%	13	2,3%
20  -- 25	182	16,2%	44	7,9%
25  -- 30	190	16,9%	85	15,3%
30  -- 35	166	14,8%	93	16,8%
35  -- 40	132	11,8%	116	16,8%
40  -- 45	147	13,1%	116	20,9%
45  -- 50	145	12,9%	111	20,0%
<b>DEFASAGEM</b>				
< Ideal	703	62,7%	178	32,1%
= Ideal	286	25,5%	245	44,1%
> Ideal	132	11,8%	132	23,8%
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>				
Sim, emprego	657	58,6%	332	59,8%
Sim, bicos	75	6,7%	43	7,7%
Não, desempregada	109	9,7%	62	11,2%
Não, aposentada	6	0,5%	4	0,7%
Não	274	24,4%	114	20,5%
<b>ESCOLARIDADE</b>				
0 - 4	53	4,7%	46	8,3%
5 - 8	168	15,0%	117	21,1%
9 - 11	394	35,1%	182	32,8%
≥ 12	506	45,1%	210	37,8%
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Solteira	263	23,5%	31	5,6%
Solteira, com namorado	237	21,1%	33	5,9%
Solteira, já morou com alguém	61	5,4%	41	7,4%
Casada, primeira vez	309	27,6%	242	43,6%
Casada, não pela primeira vez	35	3,1%	33	5,9%
Unida	126	11,2%	97	17,5%
Separada ou divorciada	77	6,9%	65	11,7%
Víuva	13	1,2%	13	2,3%
<b>CONTRACEPTIVO</b>				
Nenhum	339	30,2%	135	24,3%
Não eficaz	325	29,0%	186	33,5%
Pílula ou DIU	362	32,3%	144	25,9%
Esterilizada	95	8,5%	90	16,2%
<b>ABORTO PROVOCADO</b>				
Não aceita	403	36,0%	211	38,0%
Aceita	718	64,0%	344	62,0%
<b>NASCIDOS VIVOS</b>				
NENHUM	612	54,6%	46	8,3%
Um ou Dois	399	35,6%	399	71,9%
Três ou Mais	110	9,8%	110	19,8%

1. NG= NÚMERO DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM

Segundo a Tabela 1 a idade das mulheres no momento da entrevista encontra-se bem distribuída entre as faixas etárias.

Em relação ao total de mulheres, a maioria declarou no momento da entrevista que: tinha um número de filhos menor ao que considera ideal 62,7% (n=703); exercia atividade remunerada 58,6% (n=657); possuía 12 anos ou mais de estudo 45,1% (n=506); estava casada

no momento da entrevista 27,6% (n=309); aceita a prática do aborto provocado 64,0% (n=718); e, ainda 54,6% (n=612) não tinha nenhum filho.

Já dentre as mulheres que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas reprodutivas, a maioria declarou que: tinha um número de filhos igual ao que considera ideal 44,1% (n=245); exercia atividade remunerada no momento da entrevista 59,8% (n=332); possuía 12 ou mais anos de estudo 37,8% (n = 210); estava casada pela primeira vez 43,6% (n=242); aceitam a prática do aborto provocado 62,0% (n=344); e, ainda 71,9% (n=399) tem um ou dois filhos.

Para os dois grupos de mulheres, foi declarado um número relativamente baixo de procedimentos de esterilização até o momento da entrevista se comparado aos demais métodos contraceptivos e, a distribuição das mulheres em relação ao uso de métodos contraceptivos encontra-se homogênea tanto para o total de mulheres como para as que engravidaram.

A Tabela 2 a seguir, apresenta as médias calculadas para o total de mulheres entrevistadas e também para as mulheres que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas na Vila Mariana em 2006, segundo: a idade no momento da entrevista, o número de gestações, o número de filhos nascidos vivos; o número de filhos nascidos mortos; o número de abortos espontâneos; o número de abortos provocados e o número de gestações em curso.

**Tabela 2.** Médias calculadas para o total de mulheres e para as que engravidaram - Vila Mariana, 2006.

	<b>N</b> <b>(Total=1121)</b> <b>MÉDIA</b>	<b>DP<sup>1</sup></b>	<b>NG<sup>2</sup></b> <b>(Total=555)</b> <b>MÉDIA</b>	<b>DP<sup>1</sup></b>
<b>Idade</b>	31,76	9,98	36,63	8,44
<b>Número de Gestações</b>	1,13	1,51	2,28	1,42
<b>Nascidos Vivos</b>	0,89	1,23	1,80	1,20
<b>Nascidos Mortos</b>	<0,001	0,03	0,002	0,042
<b>Aborto Espontâneo</b>	0,16	0,49	0,32	0,66
<b>Aborto Provocado</b>	0,06	0,33	0,13	0,46
<b>Em curso</b>	0,02	0,13	0,03	0,18

*1=DP = DESVIO PADRÃO. 2. NG= NUMERO DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM.*

De acordo com a Tabela 2, para o total de mulheres entrevistadas o resultado das médias calculadas foi: média de gestações 1,13 (DP=1,51); média de filhos nascidos vivos 0,89 (DP=1,23); média de nascidos mortos para o total de mulheres foi (menor) < 0,001 (DP=0,03); média de abortos espontâneos declarados 0,16 (DP=0,49); média de abortos provocados declarados 0,06 (DP=0,33); média de gestações em curso 0,02 (DP=0,13).

Já dentre as mulheres que declararam alguma gravidez no decorrer de suas vidas reprodutivas o resultado das médias calculadas foi: média de gestações 2,28 (DP=1,42); média de filhos nascidos vivos 1,80 (DP=1,20); média de nascidos mortos 0,002 (DP=0,042);

média de abortos espontâneos declarados 0,32 (DP=0,66); média de abortos provocados declarados 0,13 (DP=0,46); média de gestações em curso 0,03 (DP=0,18).

A Tabela 3 a seguir, apresenta a distribuição das características do total das mulheres entrevistadas na Vila Mariana em 2006, em relação ao aborto espontâneo e ao aborto provocado, segundo as seguintes variáveis: faixa etária; defasagem; exercício de atividade remunerada; escolaridade; estado civil; uso de métodos contraceptivos; opinião frente ao aborto provocado e o número de filhos nascidos vivos.

**Tabela 3.** Distribuição dos SA, AE e AP para o total de mulheres - Vila Mariana, 2006 – análise univariada.

	N (n=1121)	SA <sup>1</sup> (n=946) 84,4%	AE <sup>2</sup> (n=126) 11,2%	AP <sup>3</sup> (n=49) 4,4%	OR <sup>4</sup> AE	ICI <sup>5</sup> AE	ICS <sup>6</sup> AE	OR <sup>7</sup> AP	ICI <sup>8</sup> AP	ICS <sup>9</sup> AP	$\chi^2$	P
<b>IDADE</b>					1,08	1,10	1,06	1,10	1,14	1,06	104,51	≤0,001
<b>15  -- 20</b>	159	156 98,1%	1 0,6%	2 1,3%								
<b>20  -- 25</b>	182	172 94,5%	9 4,9%	1 0,5%								
<b>25  -- 30</b>	190	172 90,5%	15 7,9%	3 1,6%								
<b>30  -- 35</b>	166	137 82,5%	21 12,7%	8 4,8%								
<b>35  -- 40</b>	132	99 75,0%	25 18,9%	8 6,1%								
<b>40  -- 45</b>	147	110 74,8%	27 18,4%	10 6,8%								
<b>45  --50</b>	145	100 69,0%	28 19,3%	17 11,7%								
<b>DEFASAGEM</b>											37,64	≤0,001
<b>≤ Ideal</b>	989	861 87,1%	94 9,5%	34 3,4%	1			1				
<b>&gt; Ideal</b>	132	85 64,4%	32 24,2%	15 11,4%	3,45	2,18	5,46	4,47	2,34	8,53		
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>											1,98	0,371
<b>Sim</b>	732	611 83,5%	85 11,6%	36 4,9%	1,14	0,76	1,69	1,52	0,94	2,90		
<b>Não</b>	989	335 86,1%	41 10,5%	13 3,3%	1			1				
<b>ESCOLARIDADE</b>											16,76	≤0,001
<b>0 - 4</b>	53	33 62,3%	13 24,5%	7 13,2%	3,18	1,63	6,22	4,61	1,92	11,03		
<b>≥5</b>	1068	913 85,5%	113 10,6%	42 3,9%	1			1				
<b>ESTADO CIVIL</b>											89,66	≤0,001
<b>Solteira</b>	500	476 95,2%	17 3,4%	7 1,4%	0,15	0,09	0,26	0,16	0,07	0,37		
<b>Não Solteira</b>	621	470 75,7%	109 17,6%	42 6,8%	1			1				
<b>CONTRACEPTIVO</b>											12,87	0,002
<b>Pílula ou DIU</b>	362	325 89,8%	28 7,7%	9 2,5%	0,55	0,35	0,84	0,43	0,21	0,89		
<b>Outros</b>	759	621 81,8%	98 12,9%	40 5,3%	1			1				
<b>ACEITA ABORTO PROVOCADO</b>											17,83	≤0,001
<b>Não</b>	718	596 83,0%	78 10,9%	5 1,2%	1			1				
<b>Sim</b>	403	350 86,8%	48 11,9%	44 6,1%	0,95	0,65	1,40	5,17	2,03	13,15		
<b>NASCIDOS VIVOS</b>											98,06	≤0,001
<b>Nenhum</b>	612	575 94,0%	24 3,9%	13 2,1%	0,15	0,09	0,24	0,23	0,12	0,44		
<b>Um ou Mais</b>	509	371 72,9%	102 20,0%	36 7,1%	1			1				

1 - SA= SEM ABORTO; 2-AE=ABORTO ESPONTÂNEO; 3 -AP= ABORTO PROVOCADO; 4- OR AE = ODDS RATIO DO ABORTO ESPONTÂNEO; 5- IC AE = LIMITE INFERIOR DO ABORTO ESPONTÂNEO; 6 - ICS = LIMITE SUPERIOR DO ABORTO ESPONTÂNEO; 7- OR AP= ODDS RATIO DO ABORTO PROVOCADO; 8 - ICI AP = LIMITE INFERIOR DO ABORTO PROVOCADO; 9- ICS AP = LIMITE SUPERIOR DO ABORTO PROVOCADO; IC-INTERVALO DE CONFIANÇA =95%.

De acordo com a Tabela 3, dentre as 1121 (100%) entrevistas, 84,4% (n=946) são de mulheres sem histórico de aborto; 11,2% (n=126) são de mulheres com histórico de aborto espontâneo e, 4,4% (n=49) são de mulheres com histórico de aborto provocado.

As maiores prevalências de mulheres sem histórico de aborto ocorreram entre as que possuem de 15 a 20 anos de idade 98,1% (n=156); um número de filhos menor ao que consideram ideal 87,1% (n=861); que declararam não exercer nenhuma atividade remunerada no momento da entrevista 86,1% (n=335); que possuem 5 anos ou mais de estudo 85,5% (n=913); solteiras 95,2% (n=476); que usam os métodos contraceptivos Pílula ou DIU 89,8% (n=325); que aceitam a prática do aborto 86,8% (n=350) e, que não possuem nenhum filho 94,0% (n=575).

Já para as mulheres com histórico de aborto espontâneo, as maiores prevalências foram encontradas entre as mulheres que possuem de 45 a 50 anos de idade 19,3% (n=28); declararam ter um número de filhos maior ao que considera ideal 24,2% (n=32); que exerciam atividade remunerada no momento da entrevista 11,6% (n=85); que possuem de 0 a 4 anos de estudo 24,5% (n=13); que não são solteiras 17,6% (n=109); que usam outros métodos contraceptivos que não a pílula ou o DIU 12,9% (n=98); que aceitam o aborto 11,9% (n=48) e, que possuem um ou mais filhos nascidos vivos 20,0% (n=102).

Para as mulheres com histórico de aborto provocado, as maiores prevalências foram encontradas entre as mulheres que possuem de 45 a 50 anos de idade 11,7% (n=17); declararam ter um número de filhos maior ao que considera ideal 11,4% (n=15); que exercem atividade remunerada 4,9% (n=36); que possuem de 0 a 4 anos de estudo 13,2% (n=7); que não são solteiras 6,8% (n=42); que usam outros métodos contraceptivos que não a pílula ou DIU 5,3% (n=40); que aceitam o aborto 6,1% (n=44) e, que possuem um ou mais filhos nascidos vivos 7,1% (n=36).

A Tabela 3, mostra que existe associação entre o fato de ter tido um aborto espontâneo ou realizado um aborto provocado e ter um número de filhos maior ao que consideram ideal ( $p \leq 0,001$ ), ou seja, as chances de ter tido um aborto espontâneo é 3,45 vezes maior entre as mulheres que possuem um número de filhos maior ao que consideram ideal e, 4,47 vezes maior entre as mulheres que realizaram aborto provocado e declararam ter tido um número de filhos maior ao que consideram ideal.

Existe associação entre o fato de ter tido um aborto espontâneo ou realizado um aborto provocado e ter uma escolaridade entre 0 a 4 anos de estudo ( $p \leq 0,001$ ), ou seja, as chances de ter tido um aborto espontâneo é 3,18 vezes maior entre as mulheres que possuem de 0 a 4

anos de estudo e, 4,61 vezes maior entre as mulheres que realizaram aborto provocado e possuem escolaridade entre 0 a 4 anos de estudo.

Esta tabela 3 mostra ainda que para o total de mulheres entrevistadas, existe associação entre o fato de ter tido um aborto espontâneo ou realizado um aborto provocado e o estado civil declarado no momento da entrevista ( $p \leq 0,001$ ), ou seja, as chances de ter tido um aborto espontâneo é 0,15 vezes maior entre as mulheres que estavam solteiras e, 0,16 vezes menor entre as mulheres que estavam solteiras e realizaram aborto provocado.

Existe associação entre o fato de ter tido um aborto espontâneo ou realizado um aborto provocado e o uso de métodos contraceptivos ( $p = 0,002$ ), ou seja, as chances de ter tido um aborto espontâneo é 0,55 vezes menor entre as mulheres que usam Pílula ou DIU e, 0,43 vezes menor entre as mulheres que usam Pílula ou DIU e realizaram aborto provocado.

Observa-se que existe associação entre ter realizado aborto provocado e aceitar esta prática ( $p \leq 0,001$ ), ou seja, as chances deste evento ocorrer é 5,17 vezes maior entre as mulheres que aceitam esta prática.

Destaca-se que existe associação entre o fato de ter tido um aborto espontâneo ou realizado um aborto provocado e o número de filhos nascidos vivos ( $p \leq 0,001$ ), ou seja, as chances de ter tido um aborto espontâneo é 0,15 vezes menor entre as mulheres que não possuem nenhum filho nascido vivo e, 0,23 vezes menor entre as mulheres que não possuem nenhum filho nascido vivo e realizaram aborto provocado.

A Tabela 4 a seguir, mostra os resultados do modelo final obtido pela análise de regressão logística multinomial policotômica para aborto espontâneo, aborto provocado em relação à sem aborto para o total de mulheres – Vila Mariana, 2006.

Tabela 4. Modelo final da análise de regressão logística multinomial para aborto espontâneo (AE), aborto provocado (AP) em relação a sem aborto para total de mulheres – Vila Mariana, 2006.

ABORTO	Referência Sem Aborto	B	ERRO PADRÃO	$\chi^2$ WALD	GL	p	Exp(B)	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95% PARA EXP(B)	
								Limite Inferior	Limite Superior
AE	Intercepto	-2,98	0,51	34,56	1	<0,001			
	Idade (anos)	0,04	0,01	12,19	1	<0,001	1,04	1,02	1,07
	Menos que 4 anos de estudo	0,66	0,36	3,35	1	0,067	1,93	0,96	3,88
	Solteira	-0,73	0,34	4,69	1	0,030	0,48	0,25	0,93
	Aceita aborto	0,08	0,21	0,150	1	0,698	1,09	0,72	1,64
	Nascidos Vivos=0	-1,07	0,29	13,03	1	<0,001	0,34	0,19	0,61
AP	Intercepto	-6,61	0,93	50,23	1	<0,001			
	Idade (anos)	0,07	0,02	13,20	1	<0,001	1,07	1,03	1,12
	Menos que 4 anos de estudo	1,52	0,49	9,56	1	0,002	4,58	1,75	12,01
	Solteira	-0,82	0,49	2,71	1	0,100	0,44	0,17	1,17
	Aceita aborto	1,85	0,49	13,93	1	<0,001	6,33	2,40	16,70
	Nascidos Vivos=0	-0,44	0,41	1,18	1	0,277	0,64	0,29	1,42

A tabela 4 mostra que para o total de mulheres entrevistadas a razão de chances de ter realizado aborto provocado sobre a sem aborto é 6,33 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que aceitam esta prática; 4,58 vezes maior ( $p = 0,002$ ) entre as mulheres que possuem menos de 4 anos de estudo e ainda, as chances da mulher declarar um aborto provocado comparado às sem aborto é 7% maior a cada ano em que a mulher envelhece.

Por outra parte, este estudo revela ainda que entre o total de mulheres a razão de chances de ter tido aborto espontâneo sobre a sem aborto é 0,34 ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que não possuem nenhum filho nascido vivo; e, as chances da mulher declarar um aborto espontâneo comparado às sem aborto é 4% maior a cada ano de idade da mulher.

A Tabela 5 a seguir, apresenta as prevalências de mulheres que engravidaram segundo as suas características na Vila Mariana em 2006, de acordo com: a faixa etária, a defasagem, o exercício de atividade remunerada, a escolaridade, o estado civil, o uso de métodos contraceptivos, a opinião frente ao aborto provocado e o número de filhos nascidos vivos.

**Tabela 5.** Prevalência de mulheres que engravidaram segundo suas características - Vila Mariana, 2006.

	<b>N</b> <b>(Total=1121)</b>	<b>N G<sup>1</sup></b> <b>(Total=555)</b>	<b>%</b> <b>(49,5)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>IDADE</b>				18,77	≤0,001
<b>15  -- 20</b>	159	13	8,2		
<b>20  -- 25</b>	182	44	24,2		
<b>25  -- 30</b>	190	85	44,7		
<b>30  -- 35</b>	166	93	56,0		
<b>35  -- 40</b>	132	93	70,5		
<b>40  -- 45</b>	147	116	78,9		
<b>45  -- 50</b>	145	111	76,6		
<b>DEFASAGEM</b>				1,79	0,408
<b>≤ Ideal</b>	989	423	42,8		
<b>&gt; Ideal</b>	132	132	100		
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>				0,90	0,638
<b>Sim</b>	732	375	51,2		
<b>Não</b>	389	180	46,3		
<b>ESCOLARIDADE</b>				3,68	0,158
<b>0 - 4</b>	53	46	86,8		
<b>≥5</b>	1068	509	47,6		
<b>ESTADO CIVIL</b>				1,18	0,554
<b>Solteira</b>	500	64	12,8		
<b>Não Solteira</b>	621	491	79,1		
<b>CONTRACEPTIVO</b>				3,46	0,177
<b>Pílula ou DIU</b>	362	144	39,8		
<b>Outros</b>	759	411	54,2		
<b>ABORTO PROVOCADO</b>				21,49	≤0,001
<b>Não aceita</b>	403	211	52,4		
<b>Aceita</b>	718	344	43,7		
<b>NASCIDOS VIVOS</b>				52,63	≤0,001
<b>NENHUM</b>	612	46	7,5		
<b>UM OU MAIS</b>	509	509	100		

1-NG = NÚMERO DE MULHERES QUE ENGRAVIDARAM.

De acordo com a Tabela 5, dentre as 1121 mulheres analisadas, 49,5% (n=555) declararam ter tido alguma gravidez no transcorrer de suas vidas reprodutivas.

Em relação à faixa etária para essas mulheres que engravidaram, as maiores prevalências encontram-se entre as que estão no final de suas idades reprodutivas, ou seja, 35 a 49 anos de idade 75,5% (n=320); que não aceitam a prática do aborto 52,4% (n=211) e que possuem filhos nascidos vivos.

Foram analisadas as distribuições das gestações segundo seus resultados. Como resultado obteve-se que das 1266 gestações, 79,1% (n=1001) resultaram em nascidos vivos; 0,07% (n=1) resultaram em nascidos mortos; 13,82% (n=175) das gestações resultaram em aborto espontâneo, 5,6% (n=71) resultaram em aborto provocado e 1,42% (n=18) são de gestações em curso.

A Tabela 6 a seguir, apresenta a distribuição das características das mulheres que engravidaram na Vila Mariana em 2006, em relação ao aborto espontâneo e ao aborto

provocado, segundo as seguintes variáveis: faixa etária; defasagem; exercício de atividade remunerada; escolaridade; estado civil; uso de métodos contraceptivos; opinião frente ao aborto provocado e o número de filhos nascidos vivos.

**Tabela 6.** Distribuição dos SA, AE e AP para o total de mulheres que engravidaram - Vila Mariana, 2006 – análise univariada.

	<b>N</b> <b>(Total=555)</b> <b>100%</b>	<b>SA<sup>1</sup></b> <b>(n=380)</b> <b>68,5%</b>	<b>AE<sup>2</sup></b> <b>(n=126)</b> <b>22,7%</b>	<b>AP<sup>3</sup></b> <b>(n=49)</b> <b>8,8%</b>	<b>OR<sup>4</sup></b> <b>AE</b>	<b>ICI<sup>5</sup></b> <b>AE</b>	<b>ICS<sup>6</sup></b> <b>AE</b>	<b>OR<sup>7</sup></b> <b>AP</b>	<b>ICI<sup>8</sup></b> <b>AP</b>	<b>ICS<sup>9</sup></b> <b>AP</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>IDADE</b>											18,77	0,126
<b>15  -- 20</b>	13	10 76,9%	1 7,7%	2 15,4%	1			1				
<b>20  -- 25</b>	44	34 77,3%	9 20,5%	1 2,3%	2,65	0,30	23,50	0,15	0,01	1,80		
<b>25  -- 30</b>	85	67 78,8%	15 17,6%	3 3,5%	2,24	0,27	18,85	0,22	0,03	1,51		
<b>30  -- 35</b>	93	64 68,8%	21 22,6%	8 8,6%	3,28	0,40	27,17	0,62	0,12	3,38		
<b>35  -- 40</b>	93	60 64,5%	25 26,9%	8 8,6%	4,16	0,51	34,29	0,67	0,12	3,60		
<b>40  -- 45</b>	116	79 68,1%	27 23,3%	10 8,6%	3,42	0,42	27,95	0,63	0,12	3,31		
<b>45  --50</b>	111	66 59,5%	28 25,2%	17 15,3%	4,24	0,52	34,74	1,29	0,26	6,44		
<b>DEFASAGEM</b>											1,79	0,408
<b>≤ Ideal</b>	423	295 69,7%	94 22,2%	34 8,0%	1			1				
<b>&gt; Ideal</b>	132	85 64,4%	32 24,2%	15 11,4%	1,18	0,74	1,88	1,53	0,80	2,94		
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>											0,899	0,638
<b>Sim</b>	375	254 67,7%	85 22,7%	36 9,6%	1,03	0,67	1,58	1,37	0,70	2,68		
<b>Não</b>	180	126 70,0%	41 22,8%	13 7,2%	1			1				
<b>ESCOLARIDADE</b>											3,68	0,158
<b>0 - 4</b>	46	26 56,5%	13 28,3%	7 15,2%	1,57	0,78	3,15	2,27	0,93	5,55		
<b>≥5</b>	509	354 69,5%	113 22,2%	42 8,3%	1			1				
<b>ESTADO CIVIL</b>											1,18	0,554
<b>Solteira</b>	64	40 62,5%	17 26,6%	7 10,9%	1,33	0,72	2,43	1,42	0,59	3,36		
<b>Não Solteira</b>	491	340 69,2%	109 22,2%	42 8,6%	1			1				
<b>CONTRACEPTIVO</b>											3,47	0,177
<b>Pílula ou DIU</b>	144	107 74,3%	28 19,4%	9 6,3%	0,73	0,45	1,17	0,57	0,27	1,22		
<b>Outros</b>	411	273 66,4%	98 23,8%	40 9,7%	1			1				
<b>ACEITA ABORTO PROVOCADO</b>											21,49	≤0,001
<b>Não</b>	211	158 74,9%	48 22,7%	5 2,4%	1			1				
<b>Sim</b>	344	222 64,5%	78 22,7%	44 12,8%	1,16	0,76	1,75	6,26	2,43	16,15		
<b>NASCIDOS VIVOS</b>											52,63	≤0,001
<b>Nenhum</b>	46	9 19,6%	24 52,2%	13 28,3%	9,70	4,37	21,52	14,89	5,96	37,21		
<b>Um ou Mais</b>	509	371 72,9%	102 20,0%	36 7,1%	1			1				

1 - SA= SEM ABORTO; 2-AE=ABORTO ESPONTÂNEO; 3 -AP = ABORTO PROVOCADO; 4- OR AE = ODDS RATIO DO ABORTO ESPONTÂNEO; 5- IC AE = LIMITE INFERIOR DO ABORTO ESPONTÂNEO; 6 - ICS = LIMITE SUPERIOR DO ABORTO ESPONTÂNEO; 7- OR AP= ODDS RATIO DO ABORTO PROVOCADO; 8 - ICI AP = LIMITE INFERIOR DO ABORTO PROVOCADO; 9- ICS AP = LIMITE SUPERIOR DO ABORTO PROVOCADO; IC-INTERVALO DE CONFIANÇA=95%.

De acordo com a Tabela 6, dentre as (n=555) 100% mulheres que declararam ter tido alguma gravidez no decorrer de suas vidas reprodutivas, 68,5% (n=380) declararam nunca ter tido nenhum tipo de aborto, 22,7% (n=126) declararam ter tido aborto espontâneo e 8,8% (n=49) ter realizado aborto provocado.

A maior prevalência de mulheres sem histórico de aborto ocorreu entre as mulheres que possuem de 25 a 30 anos de idade 78,8% (n=67); um número de filhos menor ao que

consideram ideal, 69,7% (n=295); que não exercem nenhum tipo de atividade remunerada 70,0% (n=126); que possuem mais de 5 anos de estudo 69,5% (n =354); não são solteiras 69,2% (n=340); que usam os métodos contraceptivos Pílula ou DIU, 74,3% (n=107); que não aceitam o aborto 74,9% (n=158) e, que possuem um ou mais filhos 72,9% (n=371).

Para as mulheres com histórico de aborto espontâneo as maiores prevalências foram encontradas entre as que possuem de 35 a 40 anos de idade 26,9% (n=25); um número de filhos maior ao que consideram ideal, 24,2% (n=32); que possuem de 0 a 4 anos de estudo 28,3% (n=13); que são solteiras 28,3% (n=13); que não usam pílula ou DIU 23,8% (n=98) e, que não possuem nenhum filho nascido vivo 52,2% (n=24).

Para as mulheres com histórico de aborto provocado as maiores prevalências foram encontradas entre as que possuem um número de filhos maior ao que consideram ideal 11,4% (n=15); que exercem atividade remunerada 9,6% (n=36); que possuem de 0 a 4 anos de estudo 15,2% (n=7); solteiras 10,9% (n=7); que usam outros métodos contraceptivos que não a pílula ou DIU 9,7% (n=40); que aceitam o aborto 12,8% (n=44) e, que não possuem nenhum filho nascido vivo, 28,3% (n=13).

A Tabela 6 revela que dentre as mulheres que engravidaram existe associação entre o fato de ter realizado aborto provocado e aceitar essa prática ( $p \leq 0,001$ ). As chances de ter realizado aborto provocado é 6,26 vezes maior entre as mulheres que aceitam esta prática.

Ainda entre as mulheres que engravidaram destaca-se que existe associação entre o número de nascidos vivos e a prática do aborto provocado ou um aborto espontâneo ( $p \leq 0,001$ ). As chances de ter um aborto espontâneo é 9,70 vezes maior dentre as mulheres que declaram não ter nenhum filho nascido vivo. As chances das mulheres declararem ter realizado ao menos um aborto provocado são 14,89 vezes maior entre as que declararam não ter nenhum nascido vivo.

A Tabela 7 a seguir, mostra os resultados do modelo final obtido pela análise de regressão logística multinomial policotômica para aborto espontâneo, aborto provocado em relação a sem aborto para mulheres que engravidaram – Vila Mariana, 2006.

**Tabela 7.** Modelo final da análise de regressão logística multinomial para aborto espontâneo (AE), aborto provocado (AP) em relação a sem aborto para mulheres que engravidaram – Vila Mariana, 2006.

ABORTO	Referência Sem Aborto	B	ERRO PADRÃO	$\chi^2$ WALD	GL	p	Exp(B)	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95% PARA EXP(B)	
								Limite Inferior	Limite Superior
AE	Intercepto	-3,258	0,557	34,18	1	<0,001			
	Idade (anos)	0,049	0,014	12,57	1	<0,001	1,05	1,02	1,80
	Menos que 4 anos de estudo	0,715	0,373	3,67	1	0,055	2,04	0,98	4,25
	Aceita aborto	0,094	0,225	0,18	1	0,677	1,10	0,71	1,71
	Nascidos Vivos = 0	2,709	0,435	38,71	1	<0,001	15,01	6,39	35,24
AP	Intercepto	-6,964	1,007	47,82	1	<0,001			
	Idade (anos)	0,078	0,022	13,06	1	<0,001	1,08	1,04	1,13
	Menos que 4 anos de estudo	1,601	0,508	9,91	1	0,002	4,96	1,83	13,43
	Aceita Aborto	1,857	0,506	13,45	1	<0,001	6,42	2,38	17,30
	Nascidos Vivos = 0	3,344	0,529	39,92	1	<0,001	28,34	10,04	80,00

Segundo a Tabela 7, entre as mulheres que engravidaram a razão de chances de ter realizado aborto provocado sobre a sem aborto é 28,34 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que não possuem nenhum filho nascido vivo; 6,42 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que aceitam esta prática; 4,96 vezes maior ( $p = 0,002$ ) entre as mulheres que possuem menos de 4 anos de estudo; e as chances da mulher declarar um aborto provocado comparado as sem aborto é 8% maior a cada ano em que a mulher envelhece.

Por outra parte, este estudo revela que entre as mulheres que engravidaram destaca-se que a razão de chances de ter tido aborto espontâneo sobre a sem aborto é 15,01 vezes maior ( $p \leq 0,001$ ) entre as mulheres que não possuem nenhum filho nascido vivo; e finalmente, as chances da mulher declarar um aborto espontâneo comparado as sem aborto é 5% maior a cada ano de idade da mulher.

## 5. DISCUSSÃO

O tema da mortalidade materna encontra-se em destaque nos debates que ocorrem sobre saúde reprodutiva desde o início da década de 1990. Artigos, dissertações e teses acadêmicas mostram um mapa nacional da magnitude da morte materna no Brasil. Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e quarta causa de mortalidade materna em várias capitais brasileiras. A estimativa oficial da razão de morte materna é de 76/100.000 (ADESSE *e col.*, 2008).

Um estudo recente sobre a magnitude do aborto no Brasil, que resume o resultado de pesquisas realizadas nos últimos 20 anos, mostrou que as mulheres que fazem uso da prática do aborto provocado são predominantemente as que possuem idade entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol (DINIZ, 2008).

A população alvo deste estudo foi o conjunto de mulheres residentes no subdistrito da Vila Mariana em 2006 (n=1121) e o subconjunto de mulheres com alguma gravidez no transcorrer de suas vidas reprodutivas (n=555), sendo ambos os grupos formados por mulheres com idade entre 15 e 49 anos. Optou-se por trabalhar com estes dois conjuntos de mulheres já que as que possuem histórico de gestação são as que efetivamente encontram-se expostas ao aborto e o total de mulheres por motivos comparativos.

Foi realizada uma análise univariada, em relação ao aborto espontâneo e ao aborto provocado, segundo as seguintes variáveis: faixa etária; defasagem; exercício de atividade remunerada; escolaridade; estado civil; uso de métodos contraceptivos; opinião frente ao aborto provocado e o número de filhos nascidos vivos.

Em seguida foi realizada a análise multivariada policotômica, em relação ao aborto espontâneo e o aborto provocado, onde foi destacada a importância de cada variável na presença das demais variáveis e assim, as variáveis defasagem, atividade remunerada e uso de contraceptivos não foram consideradas ( $p > 0,20$ ), restando no modelo final às seguintes variáveis: idade, escolaridade, estado civil, opinião sobre o aborto e nascidos vivos. Os resultados obtidos através desta análise tiveram como referência as mulheres sem aborto.

As informações de algumas variáveis se referiam a data da pesquisa, relativizando a importância das variáveis susceptíveis a mudanças, sobretudo no que se refere, aos anos de estudo, situação conjugal, uso de métodos contraceptivos e número de filhos nascidos vivos.

### 5.1 *Nascidos Vivos*

Em relação ao número de filhos nascidos vivos, pode-se considerar que os filhos tidos são um bom indicador para a predição da fecundidade futura, enquanto o número de filhos considerados ideal avalia se há, ou não necessidade de melhorar o acesso a métodos contraceptivos (FUSCO *et col.*, 2008).

Considerando-se o total de mulheres entrevistadas neste estudo (n=1121), observou-se que as chances de ocorrer um aborto espontâneo sobre as sem aborto é de 0,34, ao se considerar o número de nascidos vivos no momento da entrevista. Já em relação ao aborto provocado esta variável não se mostrou estatisticamente significativa, ou seja, não existe para o total de mulheres uma associação entre aborto provocado e nascidos vivos (p=0,277). Provavelmente estas mulheres são casadas e já tiveram alguma gestação. Dessa forma, o fato da mulher não possuir nenhum filho nascido vivo a “protege” em relação ao aborto provocado. Neste caso este fato equipara-se com a maioria das pesquisas realizadas até o momento onde geralmente as mulheres que fazem uso desta prática possuem pelo menos um filho nascido vivo, ou seja, são mulheres já com experiência de maternidade.

Para as mulheres que engravidaram (n=555), o perfil predominante da mulher que realiza o aborto provocado encontra-se entre as que não possuem nenhum filho nascido vivo, - as chances de ocorrer um aborto provocado sobre as sem a aborto é 28,34 vezes maior para as que não possuem nenhum filho nascido vivo e 15,01 vezes maior no caso de um aborto espontâneo. Este fato confronta-se com as pesquisas realizadas até o momento onde geralmente as mulheres que fazem uso desta prática possuem pelo menos um filho nascido vivo, ou seja, são mulheres já com experiência de maternidade. Este fato pode ser um indicativo de que as mulheres com algum histórico de gestação podem estar controlando a sua fecundidade através do aborto provocado. A realização do aborto estaria explicando o fato de não ter filhos e não o inverso.

### 5.2 *Escolaridade*

A escolaridade é um dos indicadores utilizados no cálculo do índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>2</sup> criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

---

<sup>2</sup> O Índice de desenvolvimento Humano - IDH é uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros fatores entre os países membros da ONU. Também pode ser calculado para um estado, município ou região.

A escolaridade, de certa forma, é representativa da renda, quando esta não pode ser medida, daí sua dupla importância (FUSCO *et al.*, 2008).

Vários estudos demonstraram que, em se tratando de vida reprodutiva e planejamento familiar, os aspectos educacionais, formais ou não, são os mais importantes (BLAY, 1993; CORREIA, 1994; ROCHA, 1996).

Neste estudo, para o total de mulheres estudadas as chances de a mulher ter realizado um aborto provocado é 4,58 vezes maior entre as mulheres com baixa escolaridade, ou seja, com até 4 anos de estudo o que confere com a maioria dos estudos recentemente realizados onde mais da metade das mulheres com experiência de aborto provocado tem até oito anos de estudo.

O mesmo perfil e justificativa pôde ser encontrado entre as mulheres que engravidaram onde as chances da mulher ter realizado um aborto provocado é 4,96 vezes maior entre as mulheres com baixa escolaridade, ou seja, com até 4 anos de estudo.

Há duas hipóteses que podem explicar tal fato: ou estas mulheres têm menos acesso a métodos contraceptivos ou declaram a realização da prática do aborto com mais facilidade.

Destaca-se que existe uma relação entre o grau de instrução da mulher, o uso de contraceptivos eficazes e o aborto. As mais instruídas têm maior conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos e podem eleger os mais eficazes, ao contrário das menos instruídas (SCHOR *et al.*, 2000).

### **5.3 Opinião Frente ao Aborto**

A investigação relativa ao aborto provocado deve lidar com o problema de se estar perguntando às mulheres acerca de um tema delicado, sensível, com implicações múltiplas. Pode-se pensar que as mulheres não queiram admitir a prática do aborto por que isso infringe o código penal (OSIS *et al.*, 1996).

O comportamento diante do aborto provocado, em função da opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que consideram aceitável tal prática não se apresentou diferenciado para o total de mulheres entrevistadas e as que engravidaram.

Para o total de mulheres entrevistadas foi encontrada uma associação entre o aborto provocado e o fato de aceitar esta prática já que as chances dele ocorrer 6,33 vezes maior para o total de mulheres.

Já para as que engravidaram o aborto provocado pode estar associado ao fato de aceitar esta prática já que as chances dele ocorrer é 6,42 vezes maior dentre essas mulheres.

Provavelmente estes dados encontram-se subestimados já que algumas mulheres podem ter se declarado contra a prática do aborto por medo, preconceito, falta de esclarecimento sobre o assunto e outros fatores sociais e religiosos associados, e dessa forma existe uma maior resistência das mulheres que não aceitam esta prática em admiti-la.

#### **5.4 Idade no Momento da Entrevista**

A idade no momento da entrevista também é um fator que se considera para explicar a ocorrência de abortos. No caso das mulheres que engravidaram para cada ano que a mulher envelhece a chance das mulheres declararem um aborto espontâneo comparado as sem aborto sofre um incremento de 5% e um incremento de 8% no caso do aborto provocado.

A idade no momento da entrevista também é um fator que se soma a ausência de nascidos vivos para explicar a ocorrência de abortos. No caso do total das mulheres entrevistadas para cada ano que a mulher envelhece a chance das mulheres declararem um aborto espontâneo comparado as sem aborto sofre um incremento de 4% e um incremento de 7% no caso do aborto provocado.

Em relação à idade, há pelo menos dois fatores a serem considerados: quanto mais velha a mulher, maior é o tempo de exposição à gravidez; e, as mulheres mais velhas já estão melhor estabelecidas do ponto de vista financeiro e emocional, o que permite que a mesma se decida em relação a uma gestação indesejada e declare um aborto provocado com mais facilidade.

#### **5.5 Estado Civil**

É fato que o estado civil de uma mulher influencia na decisão da realização de um aborto. Estudos indicam que as mulheres solteiras são as que mais abortam (SILVA & VIEIRA, 2009).

Neste estudo a variável ligada ao estado civil tanto entre as que engravidaram como para o total de mulheres não se mostrou significativa, ou seja, não existe associação entre o estado civil no momento da entrevista e os dois tipos de aborto estudados, se comparados as sem aborto através do emprego da análise multivariada policotômica.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das dificuldades e limitações inerentes a este tipo de estudo: ressaltamos que algumas declarações podem ter sido feitas de forma errônea, por constrangimento ou medo de declarar a prática do aborto, ou ainda devido ao viés de memória – algumas vezes presentes em estudos transversais retrospectivos - o que leva a uma subestimação os dados relativos ao aborto. Subestimar tal problema ou simplesmente não reconhecê-lo expõe cada vez mais as mulheres a riscos que poderiam certamente ser evitados, penalizando a população feminina.

Apesar das dificuldades destacadas anteriormente foi possível atingir os objetivos relacionados à identificação dos fatores associados ao aborto nas mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos, residentes no subdistrito da Vila Mariana, em 2006.

Vale destacar que quase a metade das mulheres em idade fértil teve alguma gestação – (n=555 em n=1121); e, dentre as que engravidaram apenas (n=49) declararam ter provocado um aborto e mais que o dobro desse montante (n=126) reportou ter tido aborto(s) espontâneo(s). Ressalta-se que o perfil das mulheres que engravidaram é considerado um perfil mais refinado, já que só abortam as mulheres que engravidam alguma vez no decorrer de suas vidas reprodutivas.

As mulheres residentes na Vila Mariana apresentaram uma fecundidade considerada reduzida 0,9 filhos por mulher. Além disso, a proporção de mulheres que declararam ter realizado aborto provocado (4%) pode estar indicando que essa prática é usada como recurso extremo para findar uma gravidez considerada indesejada. Deve-se levar em consideração a posição sócio-econômica dessas mulheres considerada, de forma geral, privilegiada o que propicia que as mesmas tenham contínuo acesso a métodos contraceptivos considerados eficazes – porém nunca são 100% seguros. Esse quadro pode ser também mais um fator que demonstra o porquê as menos escolarizadas são as que mais recorrem à prática do aborto.

De acordo com o modelo resultante da regressão logística policotômica, para o total de mulheres estudadas, as variáveis que em conjunto explicam o aborto espontâneo são: número de nascidos vivos e idade; e, em relação ao aborto provocado para o total de mulheres as variáveis que em conjunto explicam a realização de um aborto são: escolaridade, a idade e opinião frente ao aborto provocado.

Já no caso das mulheres com algum histórico de gestação, as variáveis que em conjunto explicam o aborto espontâneo são: número de nascidos vivos e idade, e, em relação ao aborto provocado as variáveis que em conjunto explicam a realização de um aborto são: escolaridade, o número de nascidos vivos, idade, opinião frente o aborto provocado.

Geralmente as mulheres mais favorecidas economicamente provocam um aborto quando os métodos contraceptivos utilizados falham e mesmo assim estas mulheres fazem uso dessa prática de forma segura ficando menos expostas ao risco de morte.

Por meio da análise de outros estudos realizados podemos observar que a maioria das mulheres que abortam são as menos escolarizadas, menos abastardas economicamente e que assim, possuem menos acesso aos métodos contraceptivos. Normalmente estas mulheres encontram-se mais expostas a uma gestação indesejada levando a término através de um aborto provocado realizado clandestinamente e de forma insegura (sem as mínimas condições de higiene e por profissionais especializados) o que torna estas mulheres mais expostas ao risco de morte por problemas decorrentes do aborto inseguro somando-se as estatísticas relacionadas ao risco de vida materna.

Nada melhor que o aborto provocado legalmente – realizado em adequadas condições de higiene e por profissional capacitado – aliado aos métodos contraceptivos eficazes para se promover um adequado controle natal (TIETZE, 1980). Considerando que a maioria dos abortos são realizados por mulheres em início de suas vidas reprodutivas e ainda sem nascidos vivos faz-se cada vez mais necessário a realização de estudos para a implantação de programas que diminuam a incidência de gestações indesejadas.

Em suma, o comportamento reprodutivo das mulheres residentes na Vila Mariana é equiparável ao das mulheres residentes em países desenvolvidos. Ao ter acesso a métodos contraceptivos considerados eficazes o aborto provocado legalizado, ao contrário do que pregam alguns grupos anti-abortistas, não será utilizado de forma irresponsável (por profissionais não capacitados e em péssimas condições de higiene). Atualmente a realização de um aborto provocado de forma adequada é um privilégio de mulheres que possuem um bom poder aquisitivo, sendo que as pobres são condenadas aos males de um aborto provocado realizado em precárias condições.

Uma maior tolerância em torno da legalização do aborto, certamente seria mais um fator que promoveria uma desejável equidade na área de saúde integral da mulher. Dessa forma, seriam indicados estudos que promovam estratégias que minimizem a ocorrência de gestações indesejadas estimulando a implantação de programas de saúde reprodutiva mais eficazes e condizentes com a realidade a que as mulheres estão expostas.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mario Francisco Giane.** Magnitude do aborto no Brasil: Aspectos epidemiológicos e Sócio-culturais. Instituto de Medicina Social – IMS Ipas. [www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf) 04 janeiro 2008.

**ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mario Francisco Giane.** Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. Instituto de Medicina Social - IMS – Ipas. Disponível em: [www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf) Acesso em: 04/01/2008.

**AGUIERRE Moisés A. Calle, PERPÉTUO Ignez Helena Oliva.** O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil. XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP). Caxambu, 1998.v.1.

**ALAN GUTTMACHER INSTITUTE.** *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana* [monografia en la Internet]. Nueva York: Alan Guttmacher Institute; 1994 [citado 2006 Jul 13]. 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)

**BACOCINA, Denize.** A cada ano, 19 milhões de abortos inseguros matam 70 mil, diz relatório. BBC BRASIL.com. de Brasília. 30/05/2007. Disponível em; [www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2007/05/pritable/070530\\_abortodb.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2007/05/pritable/070530_abortodb.shtml)

**BERQUÓ, Elza.** Brasil, um caso exemplar anticoncepção e partos cirúrgicos a espera de uma ação exemplar. Trabalho preparado para o Seminário: A Situação da Mulher e o Desenvolvimento Organizado pelo Ministério das Relações Exteriores e realizado no Núcleo de Estudos Populacionais (NEPO) da UNICAMP, 1 e 2 de julho, 1993.

**BLAY, Eva.** A questão do aborto: um projeto de lei para disciplinar sua prática no Brasil. *Rev. Bras. Estudo Popul.*,10: 171-4, 1993.

**BOONGARTS, S.** The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables. London, april, 1980. [Paper prepared for the IUSSP and WFS Seminar on the Maternity Histories].

**CARDOSO, M.R.A.** Comparação entre três métodos de amostragem que visam à estimação da cobertura vacinal. São Paulo, 1990. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública - USP São Paulo].

**CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS.** Abortion and the Law: Ten Years of Reform. 2005. Disponível em: [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org) Acesso em: 15/10/2007

**CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. CAPÍTULO I – DOS CRIMES CONTRA A VIDA - homicídio simples.** Decreto de Lei 28/48 de 1940. revisado por GOMES, LF. Editora Revista dos Tribunais. São Paulo. 8ª edição, 2006.

**COLLUCCI, Claudia.** Complicações do aborto inseguro custam US\$ 10 mi ao ano ao país. Jornal Folha de São Paulo – cotidiano de 07 de março de 2005. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u106469.shtml> 07/03/2005

**COOK, R.J.** *Leis e políticas sobre o abono: desafios e oportunidades*. São Paulo, IWHC, 1991.

**CORREIA, L.C. & McAULIFFE, J.F.** Saúde materno-infantil. In : *Epidemiologia & saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Editora Medsi, 1994. p. 315-42.

**DINIZ, Débora.** Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil.(abril de 2008) CFEMEA- Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/noticias/detalhes.asp?IDNoticia=691>  
Acesso em: 05/01/2009.

**FLEISCHER, Soraya; RODRIGUES, Kauara.** Vamos tapar o sol com a peneira? IN. Centro Feminista de Estudos e Assessoria CFEMEA. Artigo publicado no Jornal do Correio Braziliense em 28/05/20008. Disponível em: [http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos\\_detalhes.asp?IDArtigo=35](http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos_detalhes.asp?IDArtigo=35)  
Acesso em: 10/01/2009.

**FONSECA, Walter et al.** Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1996, vol. 30, no. 1, pp. 13-18. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101996000100003.

**FUSCO, C.L.B.** ABORTO INSEGURO: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável Favela Inajar de Souza, São Paulo, 2006. 104f. Tese ( Mestrado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia.

**FUSCO, Carmen L. B.; ANDREONI, Solange and SILVA, Rebeca de Souza e.** Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2008, vol.11, n.1, pp. 78-88. ISSN 1415-790X. doi: 10.1590/S1415-790X2008000100007.

**GASPAR, M. C.; COSSA, H. A.; SANTOS, C. R.; MANJANTE, R. M.; SCHOEMARKER, J..** Moçambique – Inquérito demográfico e de saúde. **Cap. 5** – Determinates próximos da fecundidade. Instituto Nacional de Estatística Maputo, Moçambique. 1997. Disponível em: [www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR92/00frontmather.pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR92/00frontmather.pdf). 28/03/2006.

**HAKKERTE, R.; MARTINE, G.** Population, poverty and inequality: a Latin-American perspective. In: *Population and poverty: achieving equity, equality and sustainability* [monograph on the Internet]. New York: United Nations Population Fund; 2003 [cited 2006 July 13]. p. 101-25. [Series Population and Development Strategies, 8]. Disponível em: [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/191\\_filename\\_PDS08.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/191_filename_PDS08.pdf)

**HARDY, Ellen; COSTA, Rosely G.; RODRIGUES, Telma and MORAES, Teresinha M. de.** Características atuais associadas à história de aborto provocado. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1994, v. 28, n. 1, pp. 82-85. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101994000100010.

**HARDY Ellen, GRACIANA, Alves.** Complicações pós- aborto provocado: fatores associados. Ver. Cad. Saúde Pública 1992; v.8 n.4, p 454-458.

**INTERNATIONAL SAFE MOTHERHOOD CONFERENCE;** 1987 Feb 10-13; Nairobi, Kenya. Washington (DC): World Bank; 1987.

**INSTITUTE ALAN GUTTMACHER.** Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana. Rio de Janeiro – RJ, 1994.

**LEITE Gisele.** Debate sem fronteira: A polêmica questão do aborto, na história e no mundo. Ver Consultor Jurídico. Julho de 2002. Disponível em: [www.conjur.com.br/static/text/12613,1null](http://www.conjur.com.br/static/text/12613,1null).

**MALDONADO, Maria Teresa.** Fatores associados ao aborto em mulheres em idade fértil com histórico de gestação, São Paulo, 2006. 67p. Tese (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Ministério da Saúde lança política nacional que amplia acesso ao planejamento familiar em 22/03/2005. Portal da Saúde. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). 30/05/2007.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Indicadores e Dados Básicos – Brasil. - 1998. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm> Acesso em: 10/05/2007.

**NACIONES UNIDAS. PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO.** Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, párrafo 8.25. In: *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995b. p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1].

**OLINTO, Maria Teresa Anselmo; MOREIRA-FILHO, Djalma de Carvalho.** Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 2, pp. 365-375. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2006000200014.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** World health statistic annual 1989, 1990, 1991. Geneva: OMS.

**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU AND PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD.** Metas de Desenvolvimento do Milênio. Brasil, 1990. Disponível: [www.pnud.org.br/odm](http://www.pnud.org.br/odm) Acesso em: 08/01/2008.

**OSIS, Maria José D.; HARDY, Ellen; FAUNDES, Anibal and RODRIGUES, Telma.** Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1996, v. 30, n. 5, pp. 444-451. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101996000500007.

**PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, BRASIL.**

Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, 2008. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/odm/>

Acesso em: 10/02/2008.

**REDE INTERNACIONAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE** – Esterilização feminina – IDB 1998. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1998/fqf12.htm>  
Acesso em: 03/01/2008.

**REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS.** *Dossiê mortalidade materna*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.

**ROCHA, L.R. et al.** Planejamento familiar. In: *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2ªed. Porto Alegre, Artes médicas, 1996. p. 175-82.

**ROSS, J. A.** Sterilization: Past, Present, Future. Working Papers nº 29. The Population Council, 1991.

**SCHOR, Néia et al.** Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, v. 16, n. 2, pp. 377-384. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2000000200008.

**SEGATTO, Cristiane.** ABORTO: SIM ou NÃO ? Revista Época. São Paulo. Edição 465. Editora Globo. 16 de abril de 2007. pps 82 – 95.

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

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

**SILVA, Rebeca de Souza e.** O impacto do aborto ilegal na saúde reprodutiva: sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. *Saude soc.* [online]. 1997, v. 6, n. 1, pp. 53-75. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12901997000100005.

**SILVA, Rebeca de Souza.; MORELL, Maria Graciella Gonzales.** A influência da história genésica na mortalidade intra-uterina. In. *Quinto Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. 1986. São Paulo, 1986.

**SILVA, Rebeca de Souza; VIEIRA, Elisabeth Meloni.** Frequency and characteristics of induced abortion among married and single women in São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.1, pp. 179-187. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100019.

**SILVA, Suzana Maria Velela.** Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil. *Revista eletrônica de geografia e ciências sociais*. Universidade de Barcelona [ISSN 1138-9788] nº 69(25) 01 de agosto de 2000. Disponível em: [www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm](http://www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm) Acesso em: 30/03/2007.

**SORRENTINO, Sara Romera.** Dossiê do aborto inseguro: Panorama do aborto no Brasil. Disponível em: [www.redesaude.org.br/dossies/html/dossieaborto.html](http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossieaborto.html)  
Acesso em: 10/03/2007.

**STRICKLER, Jennifer; HEIMBURGER, Angela.; RODRIGUES, Karen.** El aborto clandestino em América Latina: Perfil de um Clínica. Nota de Investigación. Instituto Allan Guttmacher - IAG, 2001. Disponível em: [www.guttmacher.org/pubs/journals/27024015.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/27024015.pdf)  
Acesso em: 08/01/2008.

**TAKASE, Henrique Mochida.; SILVA, R.S.** O uso da regressão logística na identificação dos fatores que afetam a frequência de ocorrência de aborto provocado na favela Comunidade Inajar de Souza, 2005. Anais XV Congresso de Iniciação Científica. Universidade Federal de São Paulo, 2007.

**TIETZE, C.** *Induced abortion: 1980.* New York, Population Council, 1980.

**VALOGUEIRO, Sandra.** Mortalidade (Materna) por Aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, 2000, v.1,p

**VERARDO Maria Tereza; SOUZA, Maria Jucinete.** Aborto: Interrupção voluntária da gravidez. Disponível em: [www.mulheres.org.br/documentos/aborto.pdf](http://www.mulheres.org.br/documentos/aborto.pdf)  
Acesso em: 10/03/2007.

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

**WULF, Deirdre.** Panorama general del aborto clandestino en América Latina. Instituto Allan Guttmacher - IAG, 1996. Disponível em: [www.guttmacher.org/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf)  
Acesso em: 08/01/2008.

**ANEXO I**  
**QUESTIONÁRIO**

### Questionário Completo

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

1. Quantas pessoas moram na casa? \_\_\_\_\_

2 Quantas delas são mulheres entre 15 a 49 anos.? \_\_\_\_\_

3. Qual a data de seu nascimento e de cada uma delas? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_(informante)  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (outras)

4. Qual o grau de parentesco entre vocês?

\_\_\_Mãe e filhas

\_\_\_Irmãs

\_\_\_Tia, filhas e sobrinhas

\_\_\_Amigas ou parentesco distante

5. Qual o seu grau de escolaridade, em anos completos de estudo?

\_\_\_\_\_

6. Você exerce tarefa remunerada?

\_\_\_ Sim, tenho emprego fixo

\_\_\_ Sim, mas só faço bicos

\_\_\_ Não, estou desempregada no momento

\_\_\_ Não, já estou aposentada

\_\_\_ Não

7. Se sim, qual a sua ocupação \_\_\_\_\_

8. Qual é o seu estado conjugal?

\_\_\_ Solteira, **NUNCA** morou com ninguém e **NÃO** tem namorado

\_\_\_ Solteira, **NUNCA** morou com ninguém, mas **TEM** namorado

\_\_\_ Solteira, mas **SIM** já morou com algum companheiro

\_\_\_ Casada pela primeira vez (data do início da união \_\_\_\_\_)

**(PULAR PARA A QUESTÃO 10, CASO A RESPOSTA ESTEJA ACIMA)**

\_\_\_ Casada, mas **NÃO** pela primeira vez

\_\_\_ Mora com um companheiro, mas não é casada

\_\_\_ Separada ou divorciada

\_\_\_ Viúva

9. **APENAS PARA AS QUE RESPONDERAM UMA DAS QUATRO ÚLTIMAS ALTERNATIVAS** (questionar sobre uniões passadas, DATA DE INÍCIO E DE TÉRMINO)

\_\_\_\_\_ (primeira união)

\_\_\_\_\_ (segunda união)  
 \_\_\_\_\_ (terceira união)

10. Você utiliza algum Centro de Saúde ou algum Hospital Público para realizar exames laboratoriais ou consultas médicas de rotina?

\_\_\_ **Sim**, sempre

\_\_\_ **Sim**, mas apenas para exames ou consultas específicas (Anotar quando)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_ Não, pois tenho convênio empresarial

\_\_\_ Não, pois tenho convênio particular

\_\_\_ Não, nunca vou ao médico

11. Se **SIM**, diga o nome ou a localização do Serviço de Saúde a que recorre.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. Em alguma eventualidade do passado, chegou a recorrer a algum dos serviços públicos de saúde, como o Hospital São Paulo ou do PSF Milton Santos?

\_\_\_ Sim, nessa oportunidade fez o cartão do serviço e nunca mais deixou de, freqüentá-lo

\_\_\_ Sim, chegou a ter o cartão do serviço, tentou agendar outras consultas e não conseguiu realizá-las por qualquer motivo

\_\_\_ Sim, chegou a ter o cartão do serviço, mas nunca mais tentou agendar outras consultas

\_\_\_ Sim, em caso de extrema emergência – entrada pelo Pronto Socorro

\_\_\_ Não, nunca

\_\_\_ Não lembra

13. Você costuma fazer exame ginecológico anualmente? \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

14. Se sim, Onde? \_\_\_\_\_

15. Se não, Por quê? \_\_\_\_\_

(se ainda não iniciou a vida sexual pular para a questão 27)

16. Quando fez papanicolau pela última vez? (anotar ano e mês) \_\_\_\_\_

Onde foi feito? \_\_\_\_\_

\_\_\_ **NUNCA** fez papanicolau

17. Se **SIM**, você lembra qual foi o resultado?

- Sim, o resultado foi normal  
 Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração e fiz o tratamento indicado  
 Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração, mas nenhum tratamento foi indicado  
 Sim, o resultado apontava alterações, mas ainda não consegui agendar os exames complementares necessários  
 Sim, mas ainda não fiz a consulta médica de retorno  
 Não, nunca retornei ao médico para ver o resultado  
 Não, voltei ao médico mas ele não comentou nada sobre o resultado  
 Não, ainda não ficou pronto

18. Quando fez mamografia pela última vez? (anotar ano e mês) \_\_\_\_\_  
 Onde foi feita?

\_\_\_\_ **NUNCA** fez mamografia

19. Se **SIM**, você lembra qual foi o resultado?

- Sim, o resultado foi normal  
 Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração e fiz o tratamento indicado  
 Sim, o resultado apontava uma ligeira alteração, mas nenhum tratamento foi indicado  
 Sim, o resultado apontava alterações, mas ainda não consegui agendar os exames complementares necessários  
 Sim, mas ainda não fiz a consulta médica de retorno  
 Não, nunca retornei ao médico para ver o resultado  
 Não, voltei ao médico mas ele não comentou nada sobre o resultado  
 Não, ainda não ficou pronto

20. Você já engravidou alguma vez?  Sim  Não

21., Se sim, Quantas vezes? \_\_\_\_

Todas foram planejadas? \_\_\_\_

Quantas resultaram em nascimentos vivos? \_\_\_\_

Interrompeu alguma gravidez (aborto provocado), por ter engravidado num momento inoportuno?  NÃO  SIM. Quantas \_\_\_\_ Por que motivo?

Perdeu alguma gravidez naturalmente?  NÃO  SIM Quantas? \_\_\_\_\_

22. Você ou seu companheiro fizeram cirurgia para evitar filhos ( ou seja, fizeram esterilização)?

- Sim, qual dos dois?  eu  ele  
 Não, mas pretendem fazer em breve  
 Não, mas pretendem fazer algum dia  
 Não, e nunca pensaram nesse assunto

23. Se **SIM**, o que motivou a decisão? Onde e quando foi feita?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Se **NÃO**, faz uso de algum método contraceptivo? \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

25. Se sim, Qual? \_\_\_\_\_ Quem indicou \_\_\_\_\_

\_\_\_ Pílula

\_\_\_ DIU

\_\_\_ Injeções mensais

\_\_\_ Códon, camisinha **SEMPRE**

\_\_\_ Codom, camisinha **SEMPRE que ganha no posto de Saúde**

\_\_\_ Tabela

\_\_\_ Outros (Especificar \_\_\_\_\_)

26. Se **NÃO**, Por quê?

\_\_\_\_\_

27. Quantos filhos você acha ideal para se ter hoje em dia? \_\_\_\_\_

Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. Você acha natural que num caso extremo, que uma mulher provoque um aborto ao engravidar num momento inoportuno? Ler as alternativas e marcar todas as possíveis

\_\_\_ Sim, se for solteira, sozinha, ou não contar com o apoio do companheiro

\_\_\_ Sim, se já tiver muitos filhos

\_\_\_ Sim, se não tiver condições econômicas de criar o filho

\_\_\_ Sim, se por qualquer motivo ela não for dar atenção à criança

\_\_\_ Sim, em casos de problemas de saúde da mãe ou do filho

\_\_\_ Sim, mas apenas quando há risco de vida para a mãe ou filho

\_\_\_ Não, o aborto provocado não se justifica por nenhum motivo

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

Justificar brevemente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Você tem algum problema de saúde reprodutiva? (explicar)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. Se, **SIM** Qual (is)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consultou alguém sobre isso? \_\_\_médico particular \_\_\_\_\_médico de S.S \_\_\_\_\_  
farmacêutico\_\_ parentes \_\_\_amigos/vizinhos \_\_\_ninguém, por conta própria?

**As questões 32 e 33 destinam-se apenas às mulheres com queixas de saúde reprodutiva**

32. Está tomando algum medicamento para essa queixa? \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

33. Se sim, Qual?

\_\_\_\_\_

Quem prescreveu?

\_\_\_\_\_

34. Você está satisfeita com o atendimento recebido no serviço de saúde público que você  
freqüenta (**citado na questão 11**)? Justificar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

35. Você teria alguma sugestão a ser encaminhada aos serviços de Saúde?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_