

Prevalência e características de mulheres com aborto provocado – Favela México 70, São Vicente - São Paulo

Prevalence and characteristics of women with induced abortion – Favela México 70, São Vicente – São Paulo

Tássia Ferreira Santos

Solange Andreoni

Rebeca de Souza e Silva

Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, CEP 0196/08.

Correspondência: Tássia Ferreira Santos. Rua Afonso Celso, 718 Apto, 23, Vila Mariana, São Paulo, SP CEP 04.119-060. E-mail: tassiafsantos@gmail.com

Resumo

No Brasil, o aborto está entre as principais causas de mortalidade materna. Pesquisas mostram que o aborto é praticado clandestinamente por mulheres de todas as classes sociais; no entanto, tem consequências desiguais, dependendo da inserção social, produzindo riscos à vida de mulheres pobres. Embora o tema venha sendo amplamente explorado nos últimos 20 anos, observou-se escassez de dados sobre mulheres de baixa renda. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo estimar a prevalência de mulheres com aborto provocado. Arrolaram-se mulheres por inquérito domiciliar de base populacional em setores de baixa renda de São Vicente, São Paulo. Eram elegíveis as mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos. A avaliação das razões de prevalência de mulheres com aborto provocado foi realizada por meio de modelos lineares generalizados, usando-se a regressão de Poisson com função de ligação logarítmica e variância robusta para aproximar a binomial. As variáveis que demonstraram ter maior influência no relato de aborto foram: “aceitar sempre esta prática” (IC95% 2,98 - 11,02), seguida de “não ter filho nascido vivo” (IC95% 1,35 - 19,78), ter de “dois a cinco nascidos vivos” (IC95% 1,42 - 14,40) e ter de “seis ou mais nascidos vivos” (IC 95% 1,35 - 19,78), “idade no momento da entrevista” (IC 95% 1,01 - 1,07) e “renda” \leq R\$ 484,97 (IC 95% 1,04 - 2,96). É necessária campanha de grande abrangência sobre a prática do aborto, que consiga sensibilizar para esta causa todas as mulheres, sobretudo as de baixa renda, evitando assim mortes desnecessárias.

Palavras-chave: Aborto provocado. Aborto inseguro. Epidemiologia. Regressão de Poisson. Saúde reprodutiva. Pobreza.

Abstract

In Brazil, abortion is among the leading causes of maternal mortality. Research has shown that abortion is practiced clandestinely by women of all social classes, but has unequal consequences depending on social inclusion, producing risks to poor women. Although the issue has been widely explored in the past 20 years, there is a lack of data about low-income women. Thus, the present study aims to estimate the prevalence of women with induced abortion. Women from a population-based household survey in low-income sectors of São Vicente, São Paulo were recruited. Women of childbearing age from 15 to 49 years were eligible. The evaluation of the prevalence ratios for women with induced abortion was performed by using generalized linear models, with Poisson log-link function and robust variance to approximate the binomial. The most frequent variables that influenced reporting of abortion were: “always accept this practice” (95% CI 2.98 - 11.02), followed by “not having a child born alive” (95% CI 1.35 - 19.78), having “two to five live births” (95% CI 1.42 - 14.40), “having ‘six or more live births” (95% CI 1.35 - 19.78), “age at interview” (95% CI 1.01 - 1.07) and “income” < R\$ 484.97’ (95% CI 1.04 - 2.96). A widespread campaign about the practice of abortion, which can raise awareness among women in favor of the cause, especially among those in low-income strata is necessary to prevent unnecessary deaths.

Keywords: Induced abortion. Unsafe abortion. Epidemiology. Poisson Regression. Reproductive health. Poverty.

Introdução

A cada ano, no mundo, 20 milhões de mulheres arriscam suas vidas através de procedimentos de aborto inseguro e 25% delas sofrem complicações graves para a sua saúde, a ponto de cerca de 66.500 mulheres morrerem em decorrência de um aborto provocado sem a adequada assistência médica¹. A legislação do aborto varia em cada país. Atualmente, apenas 26% da população mundial vivem em países onde o aborto é proibido por lei, ou seja, na grande maioria dos países vigora uma legislação permissiva sobre essa matéria.

A Organização Mundial de Saúde, em seu documento publicado este ano, destaca em suas conclusões que o aborto inseguro e as mortes devido a complicações do aborto inseguro continuam a afligir as vidas de muitas mulheres, a maioria em países em desenvolvimento. O aborto inseguro é a causa de complicações graves e incapacidade para milhões de mulheres a cada ano e é uma causa importante de morte materna. Apesar dos esforços para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento 5^a Meta do Projeto do Milênio – reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015 –, o percentual de mortes maternas por aborto inseguro permanece inalterada em 13%. O número de abortos inseguros tem aumentado com o aumento no número de mulheres em idade reprodutiva. Esta tendência pode continuar, a menos que o acesso das mulheres ao aborto seguro e contracepção adequada seja melhorado.

No caso do Brasil, particularmente, o aborto provocado consta do código penal como crime contra a vida, sendo previstas drásticas punições tanto para a mulher quanto para a pessoa que realiza a intervenção. Apenas em casos de risco iminente da vida da mãe e de estupro a provocação de um aborto é aceita legalmente².

Em decorrência disso, no Brasil, o aborto inseguro é a quarta causa de mortalidade materna³, sendo responsável por 11% do total das mortes de mulheres⁴. As mulheres negras têm um risco 3 vezes maior de morrer

por aborto inseguro do que as mulheres brancas⁵, provavelmente por possuírem acesso deficiente às políticas de planejamento familiar para prevenção de uma gravidez indesejada^{5,7}, mas sobretudo por disporem de menos recursos para recorrerem às clínicas clandestinas e se colocarem nas mãos de curiosas ou mesmo arcarem com o ônus de um aborto autoprovocado.

Paralelamente, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, cerca de 18,2% das gravidezes foram indesejadas pelas brasileiras. As mulheres mais pobres, menos escolarizadas, negras, não-casadas ou não-unidas, mais velhas e com parturições mais elevadas apresentaram maior prevalência de nascimentos não desejados⁶.

Em suma, às mulheres mais pobres cabe uma maior ocorrência de gestações não desejadas. Embora uma parcela delas opte por interromper a gravidez a qualquer preço, existem outras que acabam por assumir o nascimento de um filho num momento inoportuno de suas vidas.

Embora o tema aborto venha sendo amplamente explorado nos últimos 20 anos, ainda existem poucos dados populacionais, particularmente em população de baixa renda. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo estimar e caracterizar a prevalência de mulheres - entre 15 e 49 anos de idade - com aborto provocado em uma Favela localizada em São Vicente no Estado de São Paulo.

Metodologia

Este estudo é transversal e foi baseado em dados secundários de uma subpopulação de mulheres participantes do Projeto "Aborto provocado, fecundidade e contracepção: imbricações com a integralidade em saúde, relações de gênero e exclusão social - Cidade de São Paulo e na Favela México 70", em finais de 2008, CEP 0196/08.

A Favela México 70 é localizada no extremo sudoeste da Ilha de São Vicente, caracterizando-se como uma ocupação irregular de terrenos de marinha, em uma

área de cerca de 30 hectares de terras baixas inundáveis, situada entre as pontes dos Barreiros e do Mar Pequeno, São Vicente. A Favela no momento da coleta estava dividida em 3 áreas: prédios construídos e administrados pela CDHU, assentamentos e áreas de palafitas inseridas em área carente de infraestrutura, principalmente quanto ao saneamento básico e à drenagem de esgoto. Esta favela constitui-se em um dos maiores e mais precários assentamentos localizados na Baixada Santista, apresentando situações de deterioração ambiental e de extrema pobreza.

No projeto original, mediante a amostragem aleatória⁸ de domicílios, encontrou-se 1.067 mulheres, de 15 a 60 anos, dentre elas 860 na idade de interesse. Entretanto, este artigo privilegia a análise de 735 com alguma gestação.

A seleção de domicílios foi realizada em parceria com a Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo - CDHU, que em 2007 estimou haver 6.000 pessoas residentes na sua região de atuação na Favela México 70. Admitindo-se que cada domicílio, incluindo-se comércio e igrejas, tinha em média 3 pessoas, estimou-se haver 2.200 domicílios no local. A amostra foi constituída por todos os domicílios residenciais com números pares, os ímpares constituindo a chamada amostra reserva. Dos locais selecionados, optou-se por entrevistar as pessoas de um domicílio sim e um não, o que gerou cerca de 1.100 domicílios visitados. No caso de haver mais de uma mulher na idade de interesse, a que faria aniversário em data mais próxima era selecionada para responder ao questionário. Foram feitas até 3 visitas antes de a amostra ser considerada perdida.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário produzido e pré-codificado. Todas as entrevistadoras eram mulheres universitárias, por terem maior facilidade para dialogar sobre o tema. Estas foram submetidas a treinamento sobre o conteúdo, o manejo e a aplicação dos questionários. Este incluía: indicação dos objetivos do estudo; descrição do esquema e instruções

de amostragem para identificar as respondentes elegíveis; descrição detalhada do questionário; instruções das técnicas de entrevista e execução da entrevista.

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

O banco de dados da subamostra do presente estudo foi estruturado no software Excel. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS – versão 17.0 para Windows. Os dados foram descritos em número e porcentagem para variáveis qualitativas, e em média e desvio-padrão para as quantitativas.

A avaliação das razões de prevalência de mulheres com aborto provocado foi realizada por meio de modelos lineares generalizados, usando-se a distribuição de Poisson com função de ligação logarítmica e variância robusta para aproximar à binomial⁹ em função de cada característica, tais como: idade, atividade remunerada, renda, escolaridade, estado civil, uso de contraceptivo, nascidos vivos, aceitação frente ao aborto (esta foi agrupada nas mulheres que não aceitam em hipótese nenhuma), aquelas que o aceitam em casos específicos (por exemplo, não contar com o apoio do pai da criança, presença de muitos filhos, condições econômicas desfavoráveis, qualquer condição que impossibilite a mãe fornecer a atenção necessária à criança, risco à vida da mãe e/ou da criança, estupro) e aquelas que o aceitam em todos os casos, a fim de identificar quais características foram mais associadas ao aborto provocado. Realizou-se análise múltipla de regressão da razão de prevalência pelos fatores investigados, utilizando-se uma estratégia de seleção de variáveis do tipo *backward* e o agrupamento de níveis de fatores estatisticamente mais próximos. Em todas as análises foi adotado um nível de significância (α) de 5%, ou seja, foram considerados como significantes

os resultados que apresentaram *p-valor* igual ou inferior a 5% ($\leq 0,05$). A força de associação entre cada uma das variáveis explicativas e a variável resposta foi avaliada pelo cálculo de razão de prevalência acompanhado do respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Ficaram no modelo final – relacionando as que provocaram aborto com aquelas que não o provocaram, as variáveis ≤ 1 salário-mínimo (SM) (R\$484,97 à época), nenhum filho nascido vivo (NV), dois ou mais nascidos vivos, aceitar sempre a prática do aborto e idade atual (Tabela 3) – todas aquelas que favoreciam a recorrência ao aborto, haja vista que a razão de prevalência superou a unidade.

Resultados

Entre as 860 mulheres de 15 a 49 anos, observou-se média de idade de 32,4 anos, com DP 8,65. Destas, 735 (85%) já haviam engravidado e apresentaram média de idade de 32,9 anos com DP 8,30. A Tabela 1 expressa a prevalência de mulheres que engravidaram segundo características socioeconômicas.

As menores prevalências de mulheres que tiveram histórico de gestação foram observadas na faixa etária de 15 a 20 anos de idade (53,5%), com renda superior a um SM (83,3%), com escolaridade alta (74,5%), solteiras (55,5%), não usuárias de método contraceptivo eficaz (74,2%) e não favoráveis à prática do aborto (81,6%).

A Tabela 2 expõe a distribuição das mulheres que engravidaram segundo a presença e a ausência de aborto provocado (AP). A idade no momento da entrevista foi apresentada nesta tabela como contínua e, em seguida, em categorias de idade.

Dentre as mulheres que engravidaram 6,9% provocaram aborto. As maiores frequências de AP foram verificadas em mulheres na faixa etária de 40 a 45 anos de idade (12,9%), com renda igual ou inferior a um SM (9%), com baixa escolaridade até o primário completo (11,4%), que aceitam sempre a prática do aborto (34,8%), e com

Tabela 1 - Prevalência de mulheres que engravidaram segundo características socioeconômicas – Favela México 70, 2008.

Table 1 - Prevalence of women who had been pregnant according to socio-economic characteristics - Favela México 70, 2008.

Característica	Total de mulheres	Total de mulheres engravidaram	%	RP*	IC 95%		X ² _w	p
Total	860	735	85,0					
IDADE no momento da entrevista *							24,07	0,0005
15 -- 20	71	38	53,5	1				
20 -- 25	117	102	87,2	1,63	1,30	2,05	17,65	<0,0001
25 -- 30	187	165	88,2	1,65	1,32	2,06	19,31	<0,0001
30 -- 35	152	139	91,4	1,71	1,37	2,13	22,34	<0,0001
35 -- 40	138	118	85,5	1,60	1,27	2,01	16,31	<0,0001
40 -- 45	112	101	90,2	1,68	1,35	2,11	20,61	<0,0001
45 --50	83	72	86,7	1,62	1,28	2,05	16,57	<0,0001
ATIVIDADE REMUNERADA				1,03	0,98	1,09	1,44	0,2298
Sim	428	372	86,9	1,03	0,98	1,09	1,44	0,2298
Não	432	367	84,9	1				
RENDA**				1,07	1,01	1,12	5,19	0,0227
≤ 1SM R\$ 484,97	337	299	88,7	1,07	1,01	1,12	5,19	0,0227
> R\$ 484,97	515	429	83,3	1				
ESCOLARIDADE							57,57	<0,0001
Analfabeta/Saber ler e escrever / Primário incompleto / Primário completo	155	149	96,1	1,29	1,21	1,38	55,95	<0,0001
Ginásio/ Fundamental incompleto / Ginásio/ Fundamental completo	324	302	93,2	1,25	1,17	1,34	44,55	<0,0001
Colegial/ Médio incompleto / Colegial/ Médio completo / Superior incompleto / Superior completo	381	284	74,5	1				
ESTADO CIVIL							60,38	<0,0001
Solteira	182	101	55,5	1				
Não solteira	678	634	93,5	1,69	1,48	1,92	60,38	<0,0001
Casada	599	555	92,6	1,66				
Separada ou Viúva	79	79	100,0	1,80				
CONTRACEPTIVO							22,24	<0,0001
Método eficaz	396	359	90,6	1				
Pílula ou DIU	292	255	87,3					
Esterilização eletiva	104	104	100,0					
Não eficaz	239	209	87,4	0,96	0,91	1,02	1,51	0,2193
Não usa	225	167	74,2	0,82	0,75	0,89	22,18	<0,0001
ACEITA ABORTO PROVOCADO							5,37	0,0205
Não aceita	315	257	81,6	1				
Aceita	545	478	87,7	1,08	1,01	1,14	5,37	0,0205
Aceita alguma	522	455	87,2	1,07				
Aceita sempre	23	23	100,0	1,22				

RP (IC 95%) = Razão de prevalência mulheres que engravidaram (Intervalo de confiança em nível de 95%) / prevalence ratio of women who had been pregnant (95% confidence interval); χ^2_{w} = Qui-quadrado de Wald / Wald's chi square; P = valor de p / p value

*Idade usada como contínua. Age used as continuous.

** Foram excluídas 7 mulheres na análise de renda, por terem se recusado/não saber. Seven women were excluded from the income analysis, due to refusing / not knowing.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres sem aborto e com aborto provocado para o total de mulheres que engravidaram – Favela México 70, 2008 - análise bruta.

Table 2 - Distribution of women who did not induce and who induced abortion in relation to total number of women who had been pregnant – Favela México 70, 2008 – crude analysis.

Características	Total de mulheres engravidaram	Mulheres com aborto provocado	RP AP*	IC 95% AP			X ² _w	p
Total	735 100,0%	51 6,9%						
IDADE no momento da entrevista *			1,05	1,02	1,09	11,87	0,0006	
IDADE no momento da entrevista						9,97	0,0076	
15 --25			1					
15 -- 20	38 100,0	0 00,0						
20 -- 25	102 100,0	3 2,9						
25 -- 30	165 100,0	10 6,1	2,83	0,79	10,08	2,57	0,1087	
30 -- 35	139 100,0	9 6,5	3,02	0,84	10,93	2,84	0,0918	
35 -- 40	118 100,0	10 8,5	3,95	1,11	14,04	4,53	0,0334	
40 -- 45	101 100,0	13 12,9	6,01	1,76	20,53	8,17	0,0042	
45 -- 50	72 100,0	6 8,3	3,89	1,00	15,10	3,85	0,0497	
ATIVIDADE REMUNERADA						0,85	0,3563	
Sim	372 100,0	29 7,8	1,29	0,75	2,20	0,85	0,3563	
Não	363 100,0	22 6,1	1					
RENDA**						3,63	0,0567	
≤ 1 SM R\$ 484,97	299 100,0	27 9,0	1,68	0,99	2,88	3,63	0,0567	
> R\$ 484,97	429 100,0	23 5,4	1					
ESCOLARIDADE						8,37	0,0152	
Analfabeta/Saber ler e escrever / Primário incompleto / Primário completo	149 100,0	17 11,4	2,95	1,42	6,13	8,37	0,0038	
Ginásio/ Fundamental incompleto / Ginásio/ Fundamental completo	302 100,0	23 7,6	1,97	0,98	3,06	3,58	0,0583	
Colegial/ Médio incompleto / Colegial/ Médio completo/ Superior incompleto / Superior completo	284 100,0	11 3,9	1					
ESTADO CIVIL						2,42	0,2981	
Solteira	101 100,0	9 8,9	1,45	0,72	2,94	1,09	0,2965	
Unidas	555 100,0	34 6,1	1					
Separada ou viúva	79 100,0	8 10,1	1,65	0,79	3,44	1,80	0,1791	

Tabela 2 - Distribuição das mulheres sem aborto e com aborto provocado para o total de mulheres que engravidaram – Favela México 70, 2008 - análise bruta. (continuação)

Table 2 - Distribution of women who did not induce and who induced abortion in relation to total number of women who had been pregnant – Favela México 70, 2008 – crude analysis. (continuation)

Características	Total de mulheres engravidaram	Mulheres com aborto provocado	RP AP*	IC 95% AP		χ^2_w	p
USO DE CONTRACEPTIVO						4,97	0,1741
Pílula ou DIU	255	11	1				
	100,0	4,3					
Esterilização eletiva	104	11	2,45	1,10	5,48	4,78	0,0288
	100,0	10,6					
Não eficaz	209	16	1,77	0,84	3,74	2,27	0,1316
	100,0	7,7					
Não usa	167	13	1,80	0,83	3,93	2,21	0,1374
	100,0	7,8					
ACEITAÇÃO DO ABORTO PROVOCADO						31,39	<0,0001
Não aceita	257	10	1				
	100,0	3,9					
Aceita em casos específicos	455	33	1,86	0,93	3,72	3,12	0,0773
	100,0	7,3					
Aceita sempre	23	8	8,94	3,91	20,42	27,01	<0,0001
	100,0	34,8					
NASCIDOS VIVOS						13,11	0,0044
Nenhum	33	5	11,16	2,80	44,54	11,68	0,0006
	100,0	15,2					
Um	221	3	1				
	100,0	1,4					
Dois a cinco	432	37	6,31	1,97	20,23	9,60	0,0019
	100,0	8,6					
Seis ou mais	49	6	9,02	2,44	34,87	10,18	0,0014
	100,0	12,2					

RPAP (IC 95%) = Razão de prevalência do aborto provocado (Intervalo de confiança em nível de de 95%) / prevalence ratio of induced abortion (95% confidence interval); χ^2_w , Qui-quadrado de Wald / Wald's chi square, p= valor de p / p value

*Idade usada como contínua./ Age used as continuous.

**Foram excluídas 7 mulheres na análise de renda, por terem se recusado/não saber. Seven women were excluded from the income analysis, due to refusing / not knowing

respeito à variável nascido vivo observou-se risco elevado entre mulheres sem filhos e com 6 ou mais filhos nascidos vivos. As variáveis atividade remunerada, estado civil e uso de contraceptivo não apresentaram significância estatística.

Os resultados do modelo final de análise de regressão para aborto provocado estão apresentados na Tabela 3.

Observa-se que a variável que demonstrou maior influência na prática do aborto foi “aceita sempre aborto” ($p \leq 0,0001$, IC95% 2,98 - 11,02), seguida de “nenhum nascido vivo” ($p = 0,0002$, IC95% 3,23 - 46,19), “dois a cinco nascidos vivos” ($p = 0,0108$, IC95%

1,42 - 14,40), “seis ou mais nascidos vivos” ($p = 0,0162$, IC95% 1,35 - 19,78), “idade atual” ($p = 0,0216$, IC95% 1,01 - 1,07) e “renda” \leq R\$ 484,97 ($p = 0,0345$, IC95% 1,04 - 2,96).

Discussão

O presente estudo revela as características sociodemográficas das mulheres com histórico de gestação, enfatizando as que provocaram aborto, e por fim o modelo de regressão que expõe as principais variáveis que, em conjunto, explicam o processo de abortamento provocado.

A faixa etária com maior prevalência de

Tabela 3 - Modelo final de análise de regressão log-binomial para aborto provocado (AP) em relação à sem aborto para mulheres que engravidaram – Favela México 70, 2008.

Table 3 - Final model of log-binomial regression analysis for induced abortion compared to no abortion for women who had been pregnant - Favela México 70, 2008.

ABORTO PROVOCADO	INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95% PARA RP						
	Referência Sem Aborto	χ^2_w	GL	p	RP	Limite Inferior	Limite Superior
≤ R\$ 484,97		4,5	1	0,0345	1,76	1,04	2,96
Nenhum nascido vivo		13,6	1	0,0002	12,22	3,23	46,19
Dois a cinco nascidos vivos		6,5	1	0,0108	4,52	1,42	14,40
Seis ou mais nascidos vivos		5,8	1	0,0162	5,18	1,35	19,78
Aceita sempre aborto		27,3	1	≤0,0001	5,73	2,98	11,02
Idade atual		5,3	1	0,0216	1,04	1,01	1,07

χ^2_w = Quiquadrado de Wald / *Wald's qui square*; GL = Graus de liberdade / *Degrees of freedom*; p = valor de p / *p value*; RP (IC 95%) = Razão de prevalência (Intervalo de confiança em nível de 95%) / *prevalence ratio (95% confidence interval)*.

mulheres que engravidaram foi a de 30 a 35 anos de idade (91,4%), sendo que mais da metade das mulheres de 15 a 20 anos já apresentava algum histórico de gestação (53,5%).

Os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS⁶ referente às características sociodemográficas das mulheres em todo o Brasil, mostram que a estrutura de idade das mulheres brasileiras em idade reprodutiva pode ser entendida como a de uma população relativamente jovem, com o grupo de menores de 30 anos representando cerca de 50% do total. Ao estimar a média de idade das mulheres entrevistadas segundo a macrorregião de residência, as mulheres residentes no Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram média de idade superior a 31 anos, bem semelhante à do presente estudo, sendo a faixa etária de 25 a 30 anos a que apresentou o maior percentual de mulheres que engravidaram, perfazendo 22,4%.

Quanto à renda média, o presente trabalho demonstrou que esta foi igual ou inferior a 1 SM da época para 88,7% das mulheres que engravidaram e 9% para as que praticaram aborto. Estes resultados foram bem inferiores aos obtidos pela PNDS⁶, onde a região Sudeste apresentou renda média de 1.674,98 reais por domicílio.

Em relação à escolaridade, observou-se

que tanto as mulheres que engravidaram como as que praticaram aborto tinham como resposta mais frequente possuir escolaridade até o primário completo (até a quarta série do atual ensino fundamental). Estes resultados contrariam os da PNDS⁶, os quais referem que 20% de mulheres brasileiras em idade reprodutiva declararam ter completado até a quarta série do ensino fundamental, enquanto 50% superaram oito anos de estudo, ou seja, tinham no mínimo o ensino fundamental completo.

No caso da relação entre número de gravidezes e AP, percebeu-se que a prática do aborto é alta nas mulheres que não tiveram filhos nascidos vivos e volta a crescer nas que tiveram mais de 2 filhos, intensificando-se a premissa de que o número de abortos estaria diretamente relacionado ao número de gravidezes. Na Colômbia, Zamudio et al.¹⁰ identificaram que donas-de-casa possuíam menor experiência de aborto, e a porcentagem de mulheres que abortavam aumentava também em função do número de gravidezes. Silva e Fusco¹¹, em estudo realizado na Favela Inajar de Souza, em São Paulo, encontrou que apenas 33,3% das mulheres tiveram seu primeiro AP na primeira gestação, enquanto 66,6% o induziram em gestações posteriores, o que coaduna com os resultados encontrados no presente estudo.

As mulheres residentes na Favela México 70 apresentaram fecundidade alta de 2,5 filhos por mulher. Tal taxa se assemelha à encontrada por Sorrentino¹² no Estado de São Paulo (2,5) e maior que aquela achada por Yazaki¹³ (1,74). Contudo, estes resultados se diferem dos da Fundação Seade¹⁴, que coloca que o perfil de fecundidade da mulher brasileira vem decrescendo ao longo dos anos, correspondendo a 2,26 filhos em 1995 e a 2,16 filhos em 2000, assim como o de Cuba¹⁵, que experimentou um grande declínio a partir dos anos 70, até alcançar uma taxa de 1,5 em 1992 e 1,55 em 2000, uma das mais baixas da América Latina. O fator preponderante no declínio da fecundidade nesse país foi a crescente prática do aborto.

A prevalência de AP no presente estudo foi de 6,9%, sendo mais frequente na faixa etária de 40 a 45 anos de idade. Este resultado foi maior que o encontrado na cidade de São Paulo¹⁶, que foi de 4,5%, e menor do que o encontrado na maioria das pesquisas domiciliares realizadas nesta cidade, que por sua vez foram 8,3% em Vila Madalena¹⁷ e 13,6% na Favela Inajar de Souza¹¹. Na cidade do Rio de Janeiro, em inquérito domiciliar, Martins et al.¹⁸ entrevistaram 1.784 mulheres de 15-49 anos, residentes em áreas de baixa renda, onde um terço delas relatou um aborto, sendo 16,9% provocados. Supõe-se que as diversas prevalências encontradas nos diferentes estudos se devem tanto às particularidades metodológicas de cada pesquisa como também a fatores sociais e religiosos relacionados à dinâmica local e a vieses de resposta devido ao medo ou ao preconceito de admitir o ato.

O modelo final revela que as variáveis em conjunto que explicam a decisão pelo aborto são a renda baixa, o número de NV, a idade no momento da entrevista e a aceitação da prática. Três categorias de NV entraram na composição do modelo final, mostrando uma associação entre o aborto provocado e o número de nascidos vivos, sendo: nenhum nascido vivo (RP = 12,22), dois a cinco nascidos vivos (RP = 4,52) e seis ou mais nascidos vivos (RP = 5,18), apontando desta forma que o número de

nascidos vivos pode ser um bom indicador para a predição da fecundidade futura. Caso tivesse sido perguntado o número de filhos considerado ideal, seria possível avaliar a necessidade de melhorar ou não o acesso aos métodos contraceptivos disponíveis.

Possuir renda \leq 1SM (R\$ 484,97) entrou no modelo final desta pesquisa como fator que, quando correlacionado à prática de aborto, possui significância (RP = 1,76). Corroborando com o presente achado, Silva e Fusco¹¹ encontraram associação significativa entre AP e renda *per capita* (RPC) atual. Estas autoras também trabalharam com grupo de AE e nenhum aborto, e observaram que ainda assim o AP apresentou RPC inferior a estes outros dois grupos.

Quanto à aceitação da prática do aborto, quando as entrevistadas do presente estudo foram questionadas sobre sua opinião, a resposta mais frequente tanto para as mulheres com histórico de gravidez quanto para aquelas que praticaram aborto foi de que aceitavam a prática do mesmo. Este dado está de acordo com o encontrado pela PNDS⁶, onde 66,6% das mulheres que já engravidaram responderam que aceitavam esta prática.

Entre as limitações do estudo, além das inerentes aos estudos transversais optou-se pela presença de um entrevistador, mesmo que isso tenha favorecido a omissão de respostas afirmativas sobre a prática do aborto, já que devido à baixa escolaridade possivelmente haveria dificuldades para a compreensão e a escrita das respostas^{21,22}.

Conclusão

O fato de o maior percentual de mulheres com aborto provocado ter sido encontrado nas mulheres mais velhas pode ser justificado por terem, via de regra, um maior tempo de exposição à ocorrência de uma gestação indesejada. Por outra parte, a associação positiva entre a presença de abortos provocados e a aceitação da prática é mais difícil de interpretar, já que elas podem tanto ter praticado um aborto por não terem restrições a essa prática como terem

passado a aceitá-la depois de provocado um aborto. O desenho transversal do estudo impossibilita saber o que ocorre antes.

Contudo, o fato de não ter filhos mostrar-se como fator potencializador do aborto provocado é bastante revelador, sobretudo por indicar que essas mulheres pobres almejam, tanto quanto as mais abastadas¹³, uma fecundidade baixa. Assim é que o risco de provocar um aborto se eleva em 12,22 quando a mulher possui “filho nenhum”, em relação a ter um “único filho”. Somando-se a esse dado o fato de serem as mais pobres entre as pobres as que mais recorrem ao aborto provocado, sobressai um claro déficit por parte da saúde pública em atender as necessidades contraceptivas dessa camada populacional – justamente a que mais padece com a morbimortalidade advinda dessa prática. Reverter esse

panorama é uma necessidade imperativa para nossa área do saber.

Nesse ínterim, a legalização do aborto certamente conseguiria promover uma equidade, na medida em que todas as mulheres, e não apenas as que podem pagar por tal serviço, seriam atendidas por médicos na situação extrema de optarem por um aborto provocado. A reduzida prevalência de mulheres com aborto indica claramente que este não é um recurso utilizado de forma rotineira. Acredita-se, com base nos dados de países que legalizaram o aborto provocado, que na medida em que programas efetivos de prevenção de gestação indesejada forem sendo implementados, a recorrência a essa prática tenderá a diminuir.

Conflito de interesses: Não há conflito de interesses a declarar.

Referências

1. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality*. Geneve; 2003.
2. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality*. Geneve; 2011.
3. BRASIL. *Código penal*. 4. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2002.
4. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(4): 449-60.
5. Ministério da Saúde. *Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento*; 2005.
6. Instituto de Medicina Social/UERJ e Ipas Brasil. ENSP/Fiocruz 2005. *Rev Radis* 2008; 66.
7. Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil, Relatório 2001.
8. Ministério da Saúde, CEBRAP. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006*. Brasília; 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. [Acessado em 25 de dezembro de 2010]
9. RELEASE Bahia: Dossiê sobre a Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e os seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana, 2008. Disponível em http://www.ipas.org.br/arquivos/RELEASE_Dossie_BA.pdf. [Acessado em 11 de fevereiro de 2011]
10. Cardoso MRA. *Comparação entre três métodos de amostragem que visam à estimação da cobertura vacinal* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1990.
11. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3: 21.
12. Zamudio Cárdenas L, Rubiano Blanco N, Wartenberg L, Viveros M, Salcedo Fidalgo H. El aborto inducido en Colombia. *Cuadernos del CIDS*. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS); 1999.
13. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2008 mar; 11(1): 78-88.
14. Sorrentino SR. “Aborto inseguro”. Rede nacional feminista de saúde e direitos reprodutivos. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos 2001; 41-72.

15. Yazaki LM. Análise da Fecundidade no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva* 2008; 22(1): 48-65.
16. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados, SEADE. Secretaria de Economia e Planejamento. *Perfil Municipal de São Paulo, 2009*. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php> [Acessado em 15 de Novembro de 2010].
17. Cabezas-Garcia E et al. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública de México* 1998; 40: (30).
18. Silva RS. Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(1): 7-17.
19. Silva RS. *Aborto provocado: sua incidência e características: um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no subdistrito de Vila Madalena* [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992.
20. Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto CS. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cad Saúde Pública* 1991; 7: 251-66.
21. Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibilities: women, society and abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1999.
22. Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368: 1908-19.

Recebido em: 09/04/11

Versão final apresentada em: 13/10/11

Aprovado em: 09/01/12