

Prevalência e características sociodemográficas de mulheres com aborto provocado em uma amostra da população da cidade de São Paulo, Brasil

Prevalence and sociodemographic characteristics of women with induced abortion in a population sample of São Paulo, Brazil

Milena Goulart Souza¹||, Carmen L. B. Fusco¹, Solange A. Andreoni¹, Rebeca de Souza e Silva¹

RESUMO: *Objetivos:* O presente estudo busca estimar a prevalência de mulheres com aborto provocado dentre as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade) que apresentaram alguma gestação prévia, residentes na cidade de São Paulo, Brasil, no último trimestre de 2008, bem como identificar essa ocorrência em função de algumas Características Sociodemográficas (CSD). *Métodos:* Trata-se de um estudo transversal. A variável dependente aborto foi dicotomizada em: Aborto Provocado (AP) e Nenhum Aborto (NA). As variáveis independentes utilizadas foram: idade, atividade remunerada, renda mensal familiar, escolaridade, estado conjugal, uso de método(s) contraceptivo(s) e número de filhos nascidos vivos. A análise estatística foi realizada por meio de modelos de regressão log-binomial com aproximação de Poisson para avaliar as Razões de Prevalência (RP). *Resultados:* Dentre o total de mulheres com alguma gestação prévia (n = 683), 4,5% (n = 31) declararam algum AP. O modelo log-binomial final mostrou que idade atual entre 40 e 44 anos de idade (RP = 2,76; p = 0,0043), estado conjugal solteira (RP = 2,79; p = 0,0159), número de filhos nascidos vivos igual ou maior que 5 (RP = 3,97; p = 0,0013, uso de contraceptivo “não eficaz” ou de baixa eficácia (RP = 4,18; p = 0,0009) e uso atual de contraceptivo oral ou dispositivo intrauterino (RP = 2,70; p = 0,454) foram as características que se apresentaram mais fortemente associadas à ocorrência de AP entre as mulheres dessa população. *Conclusões:* O aborto provocado é utilizado para limitar a fecundidade, mais precisamente após atingir-se o número desejado de filhos. O uso inadequado, ou o não-uso, de contraceptivos eficazes e/ou a utilização de contraceptivos não eficazes, ou de baixa eficácia, também promovem a resolução pelo aborto, assim como o fato de as mulheres solteiras enfrentarem uma gestação sozinhas.

Palavras-chave: Aborto. Aborto provocado. Saúde Pública. Epidemiologia. Saúde Reprodutiva. Razão de Prevalência.

¹Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{||}Centro Universitário de Guaxupé – Guaxupé (MG), Brasil.

Autor correspondente: Carmen L. B. Fusco, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, Rua Ceará, 101, apto. 111, CEP 01243-010, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: carmenlbf@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objectives: This study aims at estimating the prevalence of women with induced abortion among women of childbearing age (15 to 49 years) who had any previous pregnancy, in the city of Sao Paulo, Brazil, in the last quarter of 2008, and identifying the Sociodemographic Characteristics (SC) associated with it. **Methods:** A cross-sectional survey was carried out. The dependent variable was dichotomized as: no abortion and Induced Abortion. The independent variables were: age, paid work/activity, familial monthly income, schooling, marital status, contraceptive use and number of live births. Statistical analysis was performed using log-binomial regression models with approximation of Poisson to estimate the Prevalance Ratios (PR). **Results:** Of all women with any previous pregnancy (n = 683), 4.5% (n = 31) reported induced abortion. The final multivariate model showed that having now between 40 and 44 years (PR = 2.76; p = 0.0043), being single (PR = 2.79; p = 0.0159), having 5 or more live births (PR = 3.97; p = 0.0013), current oral contraception or IUD use (PR = 2.70; p = 0.454) and using a “non effective” (or of low efficacy) contraceptive method (PR = 4.18; p = 0.0009) were sociodemographic characteristics associated with induced abortion in this population. **Conclusions:** Induced abortion seems to be used to limit fertility, more precisely after having reached the desired number of children. The inadequate use or non-use of effective contraceptive methods, and / or the use of contraceptives “ non effective”, exposed also the women to the risk of unintended pregnancies and, therefore, induced abortions. In addition, when faced with a pregnancy, single women were more likely to have an abortion than married women.

Keywords: Abortion. Induced abortion. Epidemiology. Public Health. Reproductive Health. Prevalence Ratio.

INTRODUÇÃO

Define-se abortamento como a interrupção, voluntária ou não, da gestação até a 20^a semana ou com um concepto pesando menos de 500 gramas, segundo critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)^{1,2}. Alguns obstetras delimitam o tempo de gestação para definir o aborto como até a 22^a semana da gravidez³.

Denomina-se abortamento o processo que ameaça a gravidez e aborto o produto da concepção eliminado; no entanto, é usual a referência aos dois, processo e produto, como aborto¹. Quanto ao tipo, o aborto pode ser espontâneo (natural) ou provocado, também conhecido como voluntário ou induzido.

A incidência de Aborto Provocado (AP) ou induzido varia mundialmente entre as regiões e entre os subgrupos de mulheres. Além disso, há países em que as leis são permissivas ao aborto, isto é, em que o aborto é legal e outros, como o Brasil, cujas leis são restritivas, tornando o AP ilegal em quase todas as condições. Nestes últimos, a maioria dos abortos são induzidos de forma clandestina, gerando a necessidade de estimar sua incidência e prevalência que não vão estar totalmente disponíveis em dados oficiais, devido a sub-registros.

Os abortos clandestinos dão-se, quase sempre, em condições de risco o que aumenta a morbimortalidade materna que, por sua vez, é numericamente inexpressiva quanto

ao aborto legal e seguro². O aborto que ocorre em condições inadequadas, ou de risco, portanto inseguro, causa, mundialmente, cerca de 70 mil mortes por ano (13% do total de mortes maternas)⁴.

Monitorar as tendências à ocorrência de AP é de importância crucial para avaliar a saúde materna e o progresso em direção ao Objetivo 5, Meta 6, de desenvolvimento do milênio para reduzir a mortalidade materna e atingir o acesso universal à saúde reprodutiva⁵. Em 2003, a razão de mortalidade materna no Brasil, obtida a partir de óbitos declarados, foi de 51,7 óbitos maternos por 100.000 Nascidos Vivos (NV), e a razão de mortalidade materna oficial corrigida foi de 72,4 por 100.000 NV, correspondendo a 1.572 óbitos maternos⁶. Por ser o aborto considerado crime pelo Código Penal e por outras deficiências do sistema de notificação das mortes maternas há enorme sub-registro destas, embora o óbito materno tenha sido declarado de notificação compulsória em 2003^{6,7}.

Apesar da queda acentuada da mortalidade materna no Brasil de 21% em 2011, referida pelo Ministério da Saúde (MS)⁸, ainda está o país longe de alcançar a meta proposta de reduzir em 3/4 (três quartos), entre 1999 e 2015, a taxa de mortalidade materna⁹. O indicador de mortalidade materna aponta atualmente 68 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos (68/100.000 NV), sendo que 8% dessas têm como causa o aborto inseguro.

Por outro lado, o aborto é a 4ª causa de mortalidade materna no Brasil, sendo admitido pelo Código Penal, de 1940, em dois únicos casos*: (i) se não há outro meio de salvar a vida da gestante; e (ii) se a gravidez resulta de estupro¹⁰. A falta de uma política específica — com aconselhamento sobre riscos e cuidados ao aborto ilegal —, aliada à clandestinidade do ato, considerado crime pela legislação brasileira, contribui decisivamente para a mortalidade da mãe¹¹.

Estima-se que o total anual de abortos clandestinos e inseguros no Brasil encontra-se entre 750 mil e 1,5 milhão, considerados apenas os dados de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2000, se aplicada para os dados brasileiros a metodologia proposta pelo Instituto Alan Guttmacher (1999), e lembrando que a maioria deles não chega aos hospitais. Para a América Latina e Caribe o mesmo Instituto chegou ao valor de 4 milhões de abortos clandestinos, e inseguros, ao ano¹².

As mortes por aborto no Brasil, em sua maioria são de mulheres pobres, jovens, negras e com baixo nível de escolaridade, o que denota alto índice de injustiça social e de iniquidades em saúde^{7,13}. O aborto deve ser abordado como uma questão de saúde pública e de direitos humanos, lembrando que quando inseguro é uma causa evitável de morte materna¹³.

As informações sobre prevalência e taxas e tendências global e regionais, bem como locais, podem ajudar também a identificar lacunas no uso de contraceptivos⁵.

No Brasil, a Lei 9263/96, que trata do Planejamento Familiar¹⁴, foi considerada um avanço significativo no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos dos homens e mulheres brasileiros. Em seu artigo 9º, afirma que “para o exercício do direito ao planejamento familiar serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente

*No dia 12/04/2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) aprovou a interrupção de gravidez de fetos anencéfalos, também chamada antecipação terapêutica do parto)

aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”. Apesar de a lei assegurar, em seu artigo 1º, que o “planejamento familiar é direito de todo cidadão”, a implantação de serviços a esse voltados, sua distribuição e atuação muito deixam a desejar, não sendo, em sua maioria, sequer viabilizados.

Tendo em vista a ilegalidade do AP e consequente clandestinidade, que acabam levando a abortamento inseguro, cabem, ainda, no Brasil, estudos esclarecedores das condições dessa ocorrência. Assim, o presente estudo busca estimar a prevalência de mulheres com AP dentre as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade) que já apresentaram alguma gestação, residentes na cidade de São Paulo, Brasil, bem como caracterizar melhor o agravo à saúde AP em função de algumas CSD a ele associadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal para o qual efetuou-se uma pesquisa de campo nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2008, na cidade de São Paulo. Para tanto, foram sorteadas 120 ruas ao acaso, cuja listagem foi feita com a utilização do mapa SEPLAN (Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento). Em cada rua, foram sorteadas 10 casas — a casa vizinha serviria para suprir a casa escolhida após três visitas, se nessa não houvesse moradora disponível para responder o questionário por qualquer razão. As entrevistas foram realizadas de forma direta, no domicílio da entrevistada, por entrevistadoras, estudantes universitárias, previamente treinadas especificamente para o uso do instrumento de pesquisa. Utilizou-se um questionário estruturado composto por 55 perguntas diversas sobre CSD e saúde reprodutiva dessa população. Foram entrevistadas 861 mulheres ao todo, com idade entre 15 e 49 anos. Para esta análise tomou-se o grupo de mulheres que havia apresentado gestação anterior totalizando 683 sujeitos.

Para a análise dos dados, a variável dependente aborto foi categorizada em: AP e Sem Aborto (SA ou NA). As variáveis independentes contempladas foram: idade no momento da entrevista, dividida em grupos quinquenais de idade (15 – 20; 20 – 25; 25 – 30; 30 – 35; 35 – 40; 40 – 45; 45 – 50); atividade remunerada (sim ou não); renda familiar (dividida em: até 0,5 salário mínimo (SM), de 0,5 a 1 SM, de 1 a 1,5 SM, de 1,5 a 2 SM, de 2 a 2,5 SM, de 2,5 a 3,5 SM, de 3,5 a 7 SM, de 7 a 10 SM, acima de 10 SM e “não sabe ou recusa-se a responder”); escolaridade (analfabeta, fundamental I incompleto/completo, fundamental II incompleto/completo, médio incompleto/completo, e superior incompleto/completo); estado conjugal (solteira, casada/unida, separada ou divorciada e viúva); uso, ou não uso, de contraceptivo(s) (pílula ou dispositivo intrauterino (DIU), esterilização, métodos não eficazes (ou de baixa eficácia) e não uso de nenhum método contraceptivo).

O presente projeto, derivado do Edital 22 financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), foi elaborado pelo departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2008 e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma instituição, sob o número 1927/09.

ANÁLISE DOS DADOS

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

A prevalência de mulheres com AP foi avaliada através de modelos lineares generalizados, usando a distribuição de Poisson com função de ligação logarítmica e variância robusta para aproximar a distribuição binomial¹⁵ em função de cada característica separadamente. A escolha desse método deve-se à sugestão da literatura¹⁵ com a finalidade de descrever razões de prevalência de eventos considerados “raros”. Para a identificação de quais características mostraram-se mais fortemente associadas ao AP, realizou-se análise múltipla de regressão da Razão de Prevalência (RP) dos fatores investigados utilizando uma estratégia de seleção de variáveis pelo método *backward* e o agrupamento de categorias estatisticamente mais próximas. Por último, foi construído um modelo final para as RP de mulheres com AP que apresentavam gestação prévia.

Em toda a análise foi adotado nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalo de confiança de 95% (IC=95%).

RESULTADOS

Neste estudo, 683 mulheres com idade no momento da entrevista entre 15 e 49 anos referiram ter tido alguma gestação no transcorrer da vida e, dessas, 31 declararam algum AP.

Na Tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos coletados, referentes a essas 683 mulheres, segundo: faixa etária, exercício de atividade remunerada, renda familiar, escolaridade, estado conjugal atual e uso atual de contraceptivo.

Entre essas mulheres, observa-se que, em relação à idade no momento da entrevista, a distribuição das mulheres entrevistadas não foi uniforme, havendo aparente subestimação, nas proporções de entrevistadas que já engravidaram ao menos uma vez, nas faixas etárias correspondentes a mulheres jovens. A média de idade atual de todas as mulheres que já apresentaram alguma gestação, na população em estudo, foi de 36,1 anos, com maior percentual de mulheres (20,9%) na faixa etária atual de 30 a 35 anos e em torno de 20% na faixa de 40 a 45 anos (Tabela 1).

Pela mesma tabela observa-se que, em relação à atividade remunerada, 51,7% das mulheres declararam receber alguma remuneração mensal. A renda declarada pela maioria foi de 1 a 2,5 SM (sic). Quanto à escolaridade, apenas 1% das mulheres que já engravidaram eram analfabetas, 38% possuíam até o fundamental I, incompleto ou completo (13,3%) ou fundamental II, incompleto ou completo (24,7%), 47% o curso médio, incompleto ou completo, e 13,9% o curso superior incompleto ou completo.

Em relação ao estado conjugal, 87,7% das entrevistadas desse grupo referiram estar, no momento da entrevista, casadas ou unidas consensualmente.

Quanto ao uso de métodos contraceptivos, a maior proporção de mulheres com gestação prévia aparece entre as que utilizavam métodos contraceptivos pouco eficazes ou

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

	Total de Mulheres com gestação prévia	
	n	%
Total	683	100,0
Idade Atual (anos)		
15 -- 20	11	1,6
20 -- 25	53	7,8
25 -- 30	105	15,4
30 -- 35	143	20,9
35 -- 40	120	17,6
40 -- 45	136	19,9
45 -- 50	115	16,8
Atividade Remunerada		
Sim	353	51,7
Não	330	48,3
Renda (salário mínimo)		
Até 0,5	27	4,0
De 0,5 a 1	69	10,1
De 1 a 1,5	122	17,9
De 1,5 a 2	182	26,6
De 2 a 2,5	144	21,1
De 2,5 a 3,5	69	10,1
De 3,5 a 7	38	5,6
De 7 a 10	9	1,3
Acima de 10	3	0,4
Não sabe/Recusa	20	2,9
Escolaridade		
Analfabeta	7	1,0
Fundamental I Incompleto/Completo	91	13,3
Fundamental II Incompleto/Completo	169	24,7
Médio Incompleto/Completo	321	47,0
Superior Incompleto/Completo	95	13,9
Estado Conjugal		
Solteira	14	2,0
Casada/Unida	599	87,7
Separada ou divorciada	53	7,8
Viúva	17	2,5
Contraceptivo Atual		
Pílula ou DIU	175	25,6
Esterilizada	134	19,6
Não eficaz (ou de baixa eficácia)	207	30,3
Não usa	167	24,5

DIU: dispositivo intrauterino.

“não eficazes” (30,3%); seguem-se as que declararam não-uso de contraceptivos (24,5%) e as que referiram uso atual de “pílula” ou DIU (25,6%); por último, as que já se encontravam esterilizadas (19,6%) no momento da entrevista.

Já na Tabela 2, tem-se a distribuição das mulheres com gestação prévia segundo AP por CSD e as respectivas RP para AP (análise bruta). Como dito acima, das 683 mulheres que apresentaram gestação, 31 (4,5%) declararam AP. A distribuição das mulheres com AP, segundo CSD, em porcentagens, é apresentada na Tabela 3.

Pela Tabela 3, mais uma vez, em relação à idade, a distribuição das mulheres com AP denota uma sub-representação das mais jovens. A maior proporção de mulheres que induziram aborto encontrava-se, no momento da entrevista, entre 40 e 45 anos (35,5%); em seguida tem-se o grupo de mulheres entre 30 e 35 anos (22,5%), porcentagem próxima à do grupo etário entre 35 e 40 anos (19,3%). Nesta pesquisa não nos foi dado saber em que idade exatamente cada mulher provocou o aborto, mas pode-se concluir que entre 30 e 45 anos a maioria das mulheres que provocaram aborto (77,3%) já o tinha feito ao menos uma vez¹⁶.

A renda familiar referida pela maioria das mulheres com AP (80,6%) variou entre 0,5 e 2,5 SM, porém com 19,4% delas apresentando uma renda menor que 1 SM¹⁷. Entre as mulheres que declararam AP, 51,6% referiram trabalho remunerado.

Em relação à Escolaridade, entre as mulheres com AP, 12,9% declararam ter curso fundamental I (incompleto até completo), 38,7% o fundamental II (incompleto ou completo), 38,7% o curso médio (também incompleto ou completo) e 9,6% referiram ter adentrado o curso superior (Tabela 3). Apesar da similaridade das proporções de mulheres com AP nos cursos fundamental II e médio, nota-se pela Tabela 2 que as prevalências são bastante distintas, 12/169 para o fundamental II e 12/321 para o curso médio, mostrando uma preponderância da prevalência de mulheres com AP com o curso fundamental II, incompleto ou completo, sobre as mulheres com AP com o curso médio. Ao se comparar as Tabelas 1 a 3, nota-se a presença de um primeiro filtro na escolaridade da mulher quando essa engravida e um segundo ao aparecimento de AP, principalmente em relação aos cursos médio e superior^{17,18}.

Quanto à conjugalidade, observa-se nos resultados o mesmo fenômeno em relação à diferença entre proporções e prevalências. Há uma maior proporção de mulheres com AP que referiram encontrar-se casadas ou unidas no momento da entrevista, originando uma proporção maior de mulheres com AP com esse status conjugal (67,8%) (Tabela 3). No entanto, ao se observar as prevalências, o estado civil mostra uma prevalência maior (7/69) de mulheres solteiras, de 10,1%, enquanto as mulheres com AP que declararam status civil casadas/unidas apresentam uma prevalência de 3,9%.

Com respeito ao uso de métodos contraceptivos, a maioria das mulheres com AP (51,6%) referiu o uso atual de “contraceptivo não eficaz (ou de baixa eficácia)” enquanto 16,1% delas não faz uso de contraceptivos, perfazendo um total de 67,7% de mulheres sem proteção básica a uma gestação não pretendida⁷. Além disso, 25,8% declararam fazer

Tabela 2. Distribuição das mulheres com gestação prévia segundo aborto provocado por características sociodemográficas e Razão de Prevalência na análise bruta – São Paulo, 2008.

Total	Total de mulheres com gestação prévia		Mulheres com aborto provocado		RP	IC95%	χ^2_w	Valor p
	n	%	n	%				
	683	100,0	31	4,5				
Idade Atual (anos)							6,42	0,2677
15 -- 25	64	100,0	2	3,1	1			
25 -- 30	105	100,0	2	1,9	0,61	0,09 – 4,22	0,25	0,6161
30 -- 35	143	100,0	7	4,9	1,57	0,33 – 7,33	0,32	0,5688
35 -- 40	120	100,0	6	5,0	1,60	0,33 – 7,70	0,34	0,5577
40 -- 45	136	100,0	11	8,1	2,59	0,59 – 11,34	1,59	0,2070
45 -- 50	115	100,0	3	2,6	0,83	0,14 – 4,87	0,04	0,8409
Atividade Remunerada							0,09	0,7701
Não	348	100,0	15	4,3	1			
Sim	335	100,0	16	4,8	1,11	0,56 – 2,21	0,09	0,7701
Renda (salário mínimo)							2,48	0,8711
Até 0,5	27	100,0	2	7,4	2,56	0,38 – 17,24	0,93	0,3353
De 0,5 a 1	69	100,0	4	5,8	2,00	0,38 – 10,56	0,67	0,4143
De 1 a 1,5	122	100,0	4	3,3	1,13	0,21 – 6,02	0,02	0,8851
De 1,5 a 2	182	100,0	8	4,4	1,52	0,33 – 6,97	0,29	0,5924
De 2 a 2,5	144	100,0	9	6,3	2,16	0,48 – 9,71	1,00	0,3170
De 2,5 a 3,5	69	100,0	2	2,9	1			
Acima de 3,5	50	100,0	2	4,0	1,38	0,20 – 9,47	0,11	0,7431
Acima de 10	3	100,0	0	0,0				
Não sabe/Recusa	20	100,0	0	0,0				
Escolaridade							3,41	0,3323
Fundamental I	98	100,0	4	4,1	1,29	0,30 – 5,62	0,12	0,7323
Fundamental II	169	100,0	12	7,1	2,25	0,65 – 7,77	1,64	0,2003
Médio	321	100,0	12	3,7	1,18	0,34 – 4,11	0,70	0,7904
Superior	95	100,0	3	3,2	1			

Tabela 2. Continuação.

Total	Total de mulheres com gestação prévia		Mulheres com aborto provocado		RP	IC95%	χ^2_w	Valor p
	n	%	n	%				
	683	100,0	31	4,5				
Estado conjugal							5,55	0,1360
Solteira	69	100,0	7	10,1	2,63	1,16 – 5,95	5,36	0,0206
Casada/Unida	544	100,0	21	3,9	1			
Divorciada/Separada	53	100,0	2	3,8	0,98	0,24 – 4,06	<0,01	0,9750
Viúva	17	100,0	1	5,9	1,52	0,22 – 10,68	0,18	0,6716
Contraceptivo Atual							7,59	0,0552
Pílula ou DIU	175	100,0	8	4,6	3,06	0,66 – 14,19	2,05	0,1524
Esterilização eletiva	134	100,0	2	1,5	1			
Não eficaz (ou de baixa eficácia)	207	100,0	16	7,7	5,18	1,21 – 22,16	4,92	0,0266
Não usa	167	100,0	5	3,0	2,01	0,40 – 10,18	0,71	0,4008
Nascidos Vivos							10,44	0,0054
Nenhum	28	100,0	3	10,7	2,89	0,92 – 9,05	3,31	0,0687
Um a quatro	620	100,0	23	3,7	1			
Cinco ou mais	35	100,0	5	14,3	3,85	1,56 – 9,52	8,52	0,0035

RP: Razão de prevalência; *Na variável “Renda” 20 mulheres não souberam responder ou recusaram a resposta.

uso de “pílula” (Contraceptivo Oral) ou DIU, atualmente, e 6,5% já se submeteram à laqueadura eletiva (Tabela 3).

A proporção de mulheres com AP relacionada ao número de filhos NV assim se distribui: 74,2% têm de um a quatro filhos; 16,1% já têm mais de 5 filhos e 9,7% não apresentam nenhum filho (Tabela 3). Novamente, devem ser observadas as prevalências, pois a prevalência das mulheres com 5 ou mais filhos (5/35), 14,3%, acaba sendo a maior entre elas (Tabela 2).

As variáveis categorizadas, que na Tabela 2 apresentaram significância estatística, foram: estado conjugal solteira ($p = 0,020$), contraceptivo atual “não eficaz” ($p = 0,026$) e nascidos vivos ($p = 0,003$ para 5 ou mais filhos e $p = 0,068$ — marginalmente significativo — para nenhum NV).

Finalmente, na Tabela 4 temos o resultado final da análise de regressão para razão de prevalência de AP entre as mulheres com gestação prévia com as respectivas significâncias.

Tabela 3. Distribuição das mulheres com gestação prévia segundo aborto provocado por características sociodemográficas em porcentagens – São Paulo, 2008.

	Mulheres com aborto provocado	
	n	%
Total	31	100,0
Idade atual (anos)		
15 -- 25	2	
15 -- 20	0	0,0
20 -- 25	2	6,5
25 -- 30	2	6,5
30 -- 35	7	22,5
35 -- 40	6	19,3
40 -- 45	11	35,5
45 -- 50	3	9,7
Atividade remunerada		
Não	15	48,4
Sim	16	51,6
Renda (salário mínimo)		
Até 0,5	2	6,5
De 0,5 a 1	4	12,9
De 1 a 1,5	4	12,9
De 1,5 a 2	8	25,8
De 2 a 2,5	9	29,0
De 2,5 a 3,5	2	6,5
Acima de 3,5	2	6,5
Acima de 10	0	0,0
Não sabe/Recusa	0	0,0
Escolaridade		
Fundamental I	4	12,9
Fundamental II	12	38,7
Médio	12	38,7
Superior	3	9,7

Tabela 3. Continuação.

	Mulheres com aborto provocado	
	n	%
Estado conjugal		
Solteira	7	22,5
Casada/Unida	21	67,8
Divorciada/Separada	2	6,5
Viúva	1	3,2
Contraceptivo atual		
Pílula ou DIU	8	25,8
Esterilização eletiva	2	6,5
Não eficaz	16	51,6
Não usa	5	16,1
Nascidos vivos		
Nenhum	3	9,7
Um a quatro	23	74,2
Cinco ou mais	5	16,1

A variável categorizada com a maior RP foi o “uso de método contraceptivo não eficaz (ou de baixa eficácia)”, com uma RP = 4,18 que mostrou também uma forte significância estatística ($p < 0,001$) o que demonstra que as mulheres que, entre as outras, utilizaram contraceptivos não eficazes ou de baixa eficácia foram 4,18 vezes mais propensas à realização do aborto, em relação à categoria de referência, a ele procedendo. Por outro lado, o “uso atual de pílula ou DIU” apresentou uma RP = 2,70, com $p = 0,046$, não sendo informado se esse uso já era efetivado, e inadequado, à época da gestação terminada em AP.

Em seguida, tem-se o “número de filhos de 5 ou mais”, com RP = 3,97 e $p = 0,001$. Já havia sido apontado que 74,2% das mulheres com AP possuem de 1 a 4 filhos e 16,1% mais de 5 filhos¹⁹. Estas últimas apresentaram uma chance quase quatro vezes maior do que as anteriores de provocar um abortamento.

O “estado conjugal na categoria solteira” apresenta RP = 2,79, com $p = 0,015$ o que significa que as mulheres solteiras, ou sozinhas, do grupo analisado, recorreram ao aborto perto de 3 vezes mais que as outras.

A “idade atual na categoria, ou estrato, de 40 a 44 anos”, mostra RP = 2,76 e $p = 0,004$ o que demonstra que essa faixa etária apresentava, no momento da entrevista, nessa população, uma prevalência de mulheres com AP 2,7 vezes maior do que o estrato etário tomado como referência.

Tabela 4. Modelo final da análise de regressão para razão de prevalência de aborto provocado para mulheres com gestação prévia – São Paulo, 2008.

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

*no momento da entrevista; RP: razão de prevalência; DIU: dispositivo intrauterino.

DISCUSSÃO

Globalmente, 40% de todas as gestações não são pretendidas ou planejadas²⁰. Às mulheres que se defrontam com uma gestação não pretendida, ou não planejada, ou mesmo inoportuna, só restam duas opções: enfrentar um nascimento não desejado ou interromper a gestação²⁰. No Brasil, como em muitos países pobres ou em desenvolvimento, essa opção torna-se dificultada pelas leis restritivas ao aborto voluntário, levando ao abortamento clandestino.

Mulheres em circunstâncias sociais de desvantagem apresentam probabilidade maior de experimentar uma gestação não pretendida do que as mulheres com recursos financeiros e sociais maiores²⁰. A renda familiar apresentada pelas mulheres deste estudo demonstra, mais uma vez, a influência de uma renda baixa sobre a ocorrência do AP e inseguro¹⁷.

A vulnerabilidade a gestações não pretendidas é fortemente influenciada pelo acesso e uso, ou não, de contracepção eficaz, além da exposição a sexo não desejado, casamento precoce e violência sexual²⁰. O uso de contraceptivos está intimamente relacionado ao grau de instrução da mulher; as mulheres mais instruídas têm maior conhecimento a respeito dos métodos contraceptivos e de sua utilização, podendo eleger os mais eficazes, ao contrário das menos instruídas que apresentam maior probabilidade de referir falta de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, incluído o planejamento familiar. Mulheres mais escolarizadas possuem, além de mais conhecimentos adquiridos, maior autonomia e maior capacidade de escolha^{7,20}.

Como se viu, na população pesquisada mais do que a metade das mulheres com AP refere o uso atual de contraceptivos não eficazes, ou de baixa eficácia, e outra parte não faz uso de contraceptivos, levando a um total expressivo de mulheres sem proteção a uma gestação não planejada²⁰. Note-se que essas mulheres, se esse panorama for mantido, continuarão a ser candidatas a novos abortos provocados¹⁷.

Embora não se tenha conhecimento exato sobre o tipo de acesso a serviços de saúde dessas mulheres (quantas são usuárias do SUS, quantas são associadas a convênios médicos e assim por diante), pode-se deduzir que o “planejamento familiar” previsto em lei não satisfaz as

demandas necessárias de contraceptivos. A população brasileira, principalmente as usuárias do SUS, não tem ainda acesso regular a contraceptivos²¹. No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007. Em 2009, essa política foi ampliada propiciando acesso maior a métodos definitivos de contracepção, como laqueadura e vasectomia, bem como a preservativos e outros tipos de anticoncepcionais²².

Às mulheres que têm acesso aos contraceptivos, muitas vezes falta a possibilidade de opção pelo método, ou pelo medicamento, mais apropriado e eficaz, sobretudo no SUS. Em outras ocasiões, a falha está na falta de informações adequadas, por equipe multidisciplinar, como previsto pelas normas técnicas de assistência em planejamento familiar do MS²¹, especialmente para as mulheres menos escolarizadas. Essas normas preconizam ao menos três tipos de atividade na assistência à anticoncepção: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas que, por sua vez, devem ser desenvolvidas de forma integrada e em um processo que transcenda à anticoncepção, visando à assistência à saúde integral da mulher²¹. Na prática, esse nível de complexidade de ações ainda não foi atingido.

O número de filhos nascidos vivos é outra variável importante para a determinação do desfecho AP. A média de filhos por mulher na população em estudo foi de 2,17. Com o uso inadequado ou irregular de contraceptivos, com a utilização de contraceptivos pouco eficazes, ou sem a utilização de qualquer método contraceptivo, as mulheres em idade fértil acabam por ter mais filhos do que o número por elas desejado. Diversos estudos^{17,23} apontam essa questão como um dos fatores principais que levam as mulheres a optar pelo aborto, sobretudo entre mulheres de baixa renda e sem acesso a serviços de planejamento familiar. Como já citado, a lei sobre planejamento familiar no Brasil¹⁴ foi considerada um grande avanço na área de direitos sexuais e reprodutivos, mas, na prática, sua aplicação ainda se mostra precária. Assim, quanto maior o número de filhos não pretendidos, maior a chance da ocorrência de AP^{7,17,20} — a prevalência cerca de quatro vezes maior para as mulheres com mais filhos nascidos vivos na população em estudo corrobora esse fato. Observe-se que em São Paulo em 2002 a taxa de fecundidade foi de 1,88 filhos por mulher, valor inferior ao nível de reposição²⁴ chegando a 1,7 em 2012. Mais uma vez fica evidenciada a utilização do AP para controle da fecundidade, como já demonstrado em outras pesquisas^{7,18,20}.

A média de idade no momento da entrevista para o total de mulheres do grupo de mulheres que já apresentaram alguma gestação foi de 36,1 anos, sendo a distribuição etária não uniforme nessa amostra e com sub-representação das mulheres jovens pertencentes aos dois primeiros quinquênios (15 a 19 e 20 a 24 anos). Não se conta também com a idade no momento da gestação ou do aborto. Esses fatos, já comentados anteriormente, impedem o estudo do comportamento do AP segundo faixa etária entre as mulheres abaixo de 24 anos. Pesquisas apontam uma vulnerabilidade maior ao aborto entre adolescentes e jovens²⁵, embora se faça necessária maior discussão sobre os determinantes sociais e mesmo sobre as experiências da gestação e do aborto nessas etapas da vida²⁶.

Não houve, na análise bruta, diferença significativa entre os estratos etários. Sabe-se que diversos estudos demonstram prevalência maior de mulheres com AP entre mulheres jovens^{17,21,27}, porém alguns estudos apontam uma declaração maior do aborto de forma

crescente segundo a idade das mulheres, com maior prevalência entre as de 35 anos e mais¹⁶. Concordando com os últimos, e respeitadas as limitações da amostra, nesta população a faixa etária atual com a maior prevalência de mulheres com AP foi a de 40 a 44 anos. Pode-se pensar na omissão nas declarações das jovens, mas deve-se considerar também que “quanto maior a idade, maior o tempo de exposição à gravidez e ao aborto”¹⁶.

A característica sociodemográfica “estado conjugal” constitui-se em uma das possíveis definidoras da ocorrência ou não de um aborto provocado perante a existência de gestação não planejada⁷. Na população em estudo, a RP para a variável categorizada “solteira”, como apresentado em Resultados, indica que as mulheres oficialmente solteiras (até o momento da entrevista) provocaram cerca de três vezes mais abortos do que as casadas/unidas²⁸. Essas mulheres também apresentaram uma incidência maior de atividade remunerada, menor renda familiar e escolaridade mais baixa^{7,28}, fatores que colaboram para a opção pelo AP juntamente com o fato de se encontrarem sozinhas frente a uma gestação não pretendida^{18,20}.

Em uma revisão mundial sobre aborto induzido²⁹, publicada em 2001, que contemplou países em que o aborto foi legalizado e países onde ele é restringido por lei, países desenvolvidos e países em desenvolvimento, foi concluído pelos autores: “Em mais da metade dos países analisados, as mulheres casadas apresentam uma porcentagem mais alta de abortos que as mulheres solteiras. Uma vez grávida, no entanto, a mulher solteira tem maior probabilidade do que a casada de escolher o aborto”²⁹. É de se pensar que esses achados justificam a maior prevalência de mulheres solteiras com AP no presente estudo.

CONCLUSÕES

Das 683 mulheres entrevistadas que já haviam apresentado alguma gestação, na faixa etária entre 15 e 49 anos, residentes na cidade de São Paulo, 31 declararam ao menos um AP. As variáveis categorizadas correspondentes às principais CSD estudadas que apresentaram RP significativamente associadas à ocorrência de AP foram: idade atual entre 40 e 44 anos, uso de contraceptivos não eficazes ou de baixa eficácia e/ou uso inadequado de métodos contraceptivos, número de filhos nascidos vivos igual ou superior a 5, e estado conjugal solteira.

Foram discutidas neste artigo as principais implicações desses achados que, mais uma vez, juntamente com suas imbricações com outras CSD ou variáveis como renda, escolaridade e mudanças de participação da mulher moderna na sociedade, levam à urgência da implantação de serviços eficazes de planejamento familiar, da necessidade de equidade em saúde e da legalização do aborto.

REFERÊNCIAS

- Andalaf Neto J, Rocha MIB. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. In: Berquó ES, editor. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 257-318.
- World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2013 Jan 14]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf
- Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- International Planned Parenthood Federation. Morte e negação: abortamento inseguro e pobreza. New York: International Planned Parenthood Federation; 2006.
- Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012; 379(9816): 625-32.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [citado 2011 Jul 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf
- Fusco CLB, Silva RS, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):709-19.
- Laboissière P. Mortalidade materna no Brasil teve queda de 21% de 2010 para 2011 [Internet]. 2012 [citado 2011 Jul 25]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-05-25/mortalidade-materna-no-brasil-teve-queda-de-21-de-2010-para-2011>
- United Nations. The Millennium Development Goals Report [Internet]. New York: United Nations Department of Public Information; 2005 [cited 2011 Jul 28]. Available from: <http://unstats.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20Book.pdf>.
- Brasil. Código Penal: Decreto lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969. 4a ed. São Paulo: Saraiva; 1971.
- Adesse L. O ponto crítico do aborto. *J Ciênc* [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detailhe.jsp?id=82958>
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê aborto inseguro: direito de decidir sobre o aborto: uma questão de cidadania e democracia. Saúde da mulher e direitos reprodutivos Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.
- Adesse L, Monteiro FG, Levin J. Panorama do aborto no Brasil. *Radis* 2008; 66(11): 10-15.
- Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet]. Brasília (DF); 1996 jan 15 [citado 2011 Jul 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm
- Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2003 [cited 2011 Jul 25];3(21). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>
- Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(3): 105-11.
- Fusco CLB. Aborto Inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável Favela Inajar de Souza, São Paulo, SP, Brasil [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
- Fusco CLB. Aborto inseguro: frequência e características sociodemográficas associadas, em uma população vulnerável - Favela Inajar de Souza, São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
- Souza e Silva R. Patterns of induced abortion in urban area of Southeastern region, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(1): 7-17.
- Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editores. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 177-97.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Saúde da Mulher/Planejamento Familiar. Portal Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-da-mulher/planejamento-familiar>

23. Silva RS. O aborto provocado frente à contracepção e o declínio da fecundidade na Cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 1(9): 9-29.
24. Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Estud Av* 2003; 17(49): 65-86.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf
26. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: s193-s204.
27. Cabezas-García E, Langer-Glass A, Alvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública Méx* 1998; 40(3): 264-71.
28. Silva RS, Andreoni S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. *Rev Ciência&Saúde Coletiva* 2012; 17(7): 1725-33.
29. Bankole A, Singh S, T. H. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. *Perpect Int Planej Fam* 2001; Spec: 10-9.

Recebido em: 04/02/2013

Versão final apresentada em: 01/12/2013

Aprovado em: 11/12/2013