

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DE MULHERES COM ABORTO ENTRE MULHERES COM HISTÓRICO DE GESTAÇÃO

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH ABORTION AMONG WOMEN WITH HISTORY OF PREGNANCIES

Rebeca de Souza e Silva¹, Marta Camila Mendes de Oliveira Carneiro¹, Jefferson Drezett², Solange Andreoni¹

Resumo

Objetivo: Avaliar prevalência e características de mulheres residentes em Vila Mariana, São Paulo, com história de aborto entre as que engravidaram. **Método:** Estudo transversal com amostra aleatória de 555 mulheres entre 15-49 anos que engravidaram de total de 1.121 entrevistadas, classificadas em sem aborto (68,5%), aborto espontâneo (22,7%) ou aborto induzido (8,8%). Idade, defasagem, escolaridade, nascidos vivos, e aceitação da prática do aborto compuseram modelo de regressão logística multinomial para descrever perfil das mulheres. **Resultados:** A razão de chances de ter realizado aborto induzido sobre sem aborto foi 28,3 vezes maior ($p < 0,001$) para as que não tiveram filhos; 6,4 vezes maior ($p < 0,001$) entre as que aceitam o aborto; e 4,9 vezes maior ($p = 0,002$) nas com menos de quatro anos de estudo; aumentando 8% cada incremento de um ano na idade ($p < 0,001$). A razão de chances de ter aborto espontâneo sobre sem aborto foi 15,0 vezes maior ($p < 0,001$) para as que não tiveram filhos; não significativa nas que aceitam o aborto induzido; e 3,6 vezes maior ($p = 0,055$) nas com menos de 4 anos de estudo; aumentando 5% a cada ano de incremento ($p < 0,001$). **Conclusões:** O fator preponderante para ocorrência de aborto foi não ter filhos nascidos vivos, indicando tendência dos abortos ocorrerem no início da vida reprodutiva. Menor escolaridade e aceitação da prática foram outras variáveis associadas ao aborto induzido. Observou-se indício de omissão da declaração do aborto induzido nas respostas das entrevistadas.

Palavras-chave: Aborto Induzido; Aborto Espontâneo; Modelos Logísticos; Saúde Reprodutiva.

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence and characteristics of women with history of induced abortion among those who became pregnant, living in Vila Mariana, São Paulo, in 2006. **Method:** This was a cross-sectional study involving 555 women, aged 15-49 with history of pregnancy. The women were classified as being without abortion (68.5%), with spontaneous abortion (22.7%) or induced abortion (8.8%). Age, education, number of live births, difference of number of children from the desired, and acceptance of abortion comprised the initial multinomial logistic regression model to describe the profile of women. **Results:** The odds ratio of having carried on without abortion induced abortion was 28.3 times ($p < 0.001$) for those who had no children, 6.4 times ($p < 0.001$) among those who accept abortion, and 4.9 times higher ($p = 0.002$) in under 4 years of study, increased by 8% for each one year increment in age ($p < 0.001$). The odds ratio of having a spontaneous miscarriage over without abortion was 15.0 times ($p < 0.001$) for those who had no children; 3.6 times higher ($p=0.055$) in under 4 years of study, increased by 5% per year of age ($p < 0.001$) and acceptance of abortion practice was not significant. **Conclusions:** The main factor for the occurrence of abortion was not having live births, indicating a tendency of abortions to occur in the early reproductive life. Less education and acceptance of the practice were other variables associated with induced abortion. There was evidence of omission of the statement of abortion in the responses of the interviewees.

Key words: Induced Abortion; Spontaneous Abortion; Logistic Models; Reproductive Health.

- 1 Professora Associada da Disciplina de Bioestatística, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
 - 2 Professora Adjunta da Disciplina de Bioestatística, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
 - 3 Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- Correspondência para:** rebecaprev@globo.com

Suggested citation: Rebeca de Souza e Silva et al. Prevalence and characteristics of women with abortion among women with history of pregnancies. J. Hum. Growth Dev. 2012; 22(1): 27-33.
Manuscript submitted Oct 08 2011, accepted for publication Feb 15 2012.

INTRODUÇÃO

O aborto induzido é assunto debatido mundialmente, cujos motivos e consequências afetam as mulheres que decidem interromper a gravidez¹. Estudos brasileiros apontam dificuldades de avaliar, com precisão, níveis e tendências do aborto induzido devido obstáculos e particularidades no levantamento da informação básica²⁻⁵.

Essas dificuldades se atrelam tanto ao fato de se tratar de uma prática ilegal e clandestina, quanto aos fatores psicológicos, sociais, religiosos e culturais associados ao tema. O estigma que permeia a interrupção da gravidez pode acarretar omissões deliberadas das mulheres, fazendo com que o aborto induzido frequentemente seja ocultado ou declarado como espontâneo.

Essa questão está presente nas hospitalizações para esvaziamento uterino pós-aborto pelo Sistema Único de Saúde, acreditando-se que parcela expressiva dos atendimentos decorra de aborto induzido não informado, incompleto ou com complicações. O Instituto Alan Guttmacher (1994)⁶, estima que no Brasil ocorreram, no início da década de 90, entre 700 mil e 1,4 milhões de abortos induzidos, com base no pressuposto de que o número de internações por complicações pós-aborto representa de um terço a um quinto do total dos casos⁶.

A subnotificação do aborto não reflete, necessariamente, sua condição de clandestinidade. Singh & Wulf (1994)⁷, verificaram que nos estados americanos onde o aborto voluntário é permitido, metade das mulheres que o praticaram omitem a informação quando diretamente questionadas⁷. Para minimizar esse entrave, Corrêa & Freitas (1997)⁸, propõem novos cenários a partir de fator de correção aplicado aos registros oficiais.

O problema da subestimação tem motivado que se recorra a técnicas indiretas (TI) para levantamento de dados. Técnica de resposta ao azar (TRA), questionários auto preenchidos ou urnas lacradas, permitem conhecer melhor a prevalência do aborto clandestino, por oferecerem condições mais apropriadas de sigilo e confidencialidade. Por outro lado, a utilização de TI restringe a caracterização do fenômeno, por trabalhar com número limitado de variáveis^{5,9-12}.

A maioria dos países da América Latina tipifica o aborto como crime, embora algumas legislações sejam permissivas em caso de gravidez forçada pelo estupro, ou para evitar a morte da gestante⁶. No Brasil, os artigos 124 a 128 do Código Penal contemplam essas duas facetas do aborto, corroborando para que levantamentos diretos produzam números subestimados. Silva (1994)¹⁰ aponta que 80% das mulheres ocultam o aborto induzido para entrevistadores desconhecidos, condição que não é diferencial por categoria ou subgrupo, permitindo que estudos transversais elaborem perfis mais adequados dessas mulheres¹⁰.

A dificuldade e o custo mais elevado para obtenção do dado básico constituem obstáculos aos

estudos epidemiológicos. Embora Fusco (2006)², pondere que essa metodologia seja melhor aplicada para populações vulneráveis e com maior impacto do aborto nas taxas de morbimortalidade materna, outras iniciativas para mapear essas tendências no país devem ser consideradas.

Desta maneira, o objetivo é caracterizar e estimar a prevalência de mulheres com história de aborto induzido e espontâneo entre mulheres em idade fértil com pelo menos uma gravidez.

MÉTODO

Estudo transversal com população de 1.121 mulheres entre 15 e 49 anos de idade, residentes no subdistrito de Vila Mariana, município de São Paulo, em 2006, com ênfase em 555 mulheres com história de gravidez. O cálculo do tamanho amostral acarretou erro máximo de 2% (0,02), supondo-se população infinita e adotando-se o valor da proporção de 0,088.

Utilizou-se procedimento de amostragem aleatória empregado na avaliação de cobertura vacinal, de baixo custo e estimativas compatíveis com as obtidas na amostragem casual simples¹³. Os quarteirões do subdistrito de Vila Mariana foram numerados em ordem circular e em sentido horário. Foram sorteados 75 deles que, a partir de rota e início casual, deveriam ser percorridos e ter domicílios abordados até que se concluíssem 16 entrevistas. O procedimento não prevê perdas.

A variável sobre o Aborto foi classificada em uma de três categorias mutuamente exclusivas: 1) Sem Aborto: quando a mulher declarou nunca ter tido qualquer tipo de aborto; 2) Aborto Espontâneo: quando declarado pelo menos um aborto espontâneo e nenhum induzido; 3) Aborto Induzido: quando declarado ao menos um aborto induzido. Não foi determinada a idade das mulheres em que ocorreu o evento de interesse.

As variáveis independentes foram: 1) Idade: em anos completos no momento da entrevista; 2) Defasagem: diferença entre número de filhos nascidos vivos e número de filhos considerado ideal, classificado em: Menor (quando inferior ao ideal), Igual (quando equivalente ao ideal), e Maior (quando superior ao ideal); 3) Atividade Remunerada: Sim (formal ou informal), e Não (sem trabalho, desemprego ou aposentadoria); 4) Estado Civil no momento da entrevista: Solteira ou Não Solteira (casada, unida, separada, divorciada ou viúva); 5) Uso atual de Contraceptivo: anticoncepcivo hormonal oral (AHO) ou dispositivo intrauterino (DIU), outros, nenhum, método não eficaz, e esterilização; 6) Opinião sobre o Aborto Induzido: aceita (ao menos uma situação), não aceita (em todas as hipóteses); 7) Nascidos Vivos: nenhum, um ou mais de um; e 8) Escolaridade: em anos completos de estudo, nos intervalos de 0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais.

Para a análise de dados foram construídas tabelas de frequência entre a classificação da mu-

lher segundo aborto e as variáveis independentes. O teste de 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 multinomial foi adotado para determinar quais das variáveis independentes que, em conjunto, descreveriam melhor as mulheres segundo a ocorrência de aborto. As razões de chances de mulheres com aborto espontâneo sobre mulheres sem aborto, e de mulheres com aborto provocado sobre a de mulheres sem aborto, foram calculadas em relação a uma classe de referência e intervalo de 95% de confiança. O procedimento de remoção de variáveis do tipo *backward* foi escolhido para obter modelo final apenas com as variáveis com significância inferior a 5%. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa SPSS, versão 15.0.

O estudo é parte do projeto "Integralidade em Saúde" do Departamento de Medicina Preven-

tiva da UNIFESP, financiado pelo CNPq, processo nº 403258/2005-7, realizado na região de abrangência do Hospital São Paulo, subdistrito de Vila Mariana, com foco na epidemiologia do aborto induzido e suas relações com os serviços de saúde locais. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, aprovado sob o nº 0116/07, em 09/02/2007.

RESULTADOS

Entre 1.121 mulheres, 555 (49,5%) declararam alguma gravidez. A idade média desse grupo foi de 37,5 anos, acumulando 1.266 gestações distribuídas em 1.001 nascidos vivos (79,1%); 175 abortos espontâneos (13,8%); 71 abortos induzidos (5,6%); 18 gestações em curso (1,4%); e um natimorto (0,07%). Aborto induzido foi declarado por 49 entrevistadas, com prevalência de 4,3% (Tabela 1).

Tabela 1: Dados demográficos das mulheres avaliadas, Vila Mariana – 2006

	Total de mulheres (n = 1121)	% 100	Total de mulheres que engravidaram (n = 555)	% (100,0)
IDADE				
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%
DEFASAGEM				
< Ideal	703	62,7%	178	32,1%
= Ideal	286	25,5%	245	44,1%
> Ideal	132	11,8%	132	23,8%
ATIVIDADE REMUNERADA				
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%
ESCOLARIDADE				
0 – 4	53	4,7%	46	8,3%
5 – 8	168	15,0%	117	21,1%
9 – 11	394	35,1%	182	32,8%
e" 12	506	45,1%	210	37,8%
ESTADO CIVIL				
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%
Viúva	13	1,2%	13	2,3%
CONTRACEPTIVO				
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%
ABORTO INDUZIDO				
Não aceita	403	36,0%	211	38,0%
Aceita	718	64,0%	344	62,0%
NASCIDOS VIVOS				
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%

As maiores prevalências de mulheres com antecedente de gravidez se associaram com atividade remunerada (51,2%); até quatro anos completos de estudo (86,8%); não ser solteira (79,1%); uso de métodos contraceptivos diferentes do AHO ou DIU (64,7%); não aceitação do aborto mesmo nos casos previstos por lei (19,5%); idade igual ou maior que 35 anos (43,7%); e alcançar ou superar o número de filhos considerado ideal (67,9%).

De acordo com a Tabela 2, das 555 mulheres que engravidaram 380 (68,5%) declararam nunca

ter ocorrido algum tipo de aborto, 126 (22,7%) relataram aborto espontâneo, e 49 (8,8%) admitiram o aborto induzido. A análise individual de cada variável independente mostrou que aceitar a prática do aborto e não ter filhos nascidos vivos se associou fortemente com o aborto induzido. Idade e escolaridade foram incluídas no modelo de regressão logística, mostrando diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

A razão de chances de ter induzido algum aborto sobre não ter abortos foi 28,3 vezes maior

Tabela 2: Distribuição das mulheres que engravidaram segundo aborto por características sociais atuais – análise univariada (referência: sem aborto), Vila Mariana, 2006

	n (Total = 555)	Sem Aborto (n = 380)			Aborto Espontâneo (n = 126)			Aborto Induzido (n = 49)			Aborto Espontâneo			Aborto Induzido			Aborto Induzido χ^2	p
		100%	68,5%	22,7%	8,8%	OR ¹	ICI ²	ICS ³	OR ¹	ICI ²	ICS ³	OR ¹	ICI ²	ICS ³				
IDADE	13	10 76,9%	1 7,7%	2 15,4%	1			1								18,77	0,094	
15 — 20	44	34 77,3%	9 20,5%	1 2,3%	2,65	0,30	23,50	0,15	0,01	1,80								
20 — 25	85	67 78,8%	15 17,6%	3 3,5%	2,24	0,27	18,85	0,22	0,03	1,51								
25 — 30	93	64 68,8%	21 22,6%	8 8,6%	3,28	0,40	27,17	0,62	0,12	3,38								
30 — 35	93	60 64,5%	25 26,9%	8 8,6%	4,16	0,51	34,29	0,67	0,12	3,60								
35 — 40	116	79 68,1%	27 23,3%	10 8,6%	3,42	0,42	27,95	0,63	0,12	3,31								
40 — 45	111	66 59,5%	28 25,2%	17 15,3%	4,24	0,52	34,74	1,29	0,26	6,44								
45 — 50																		
DEFASAGEM																1,79	0,408	
≤ Ideal	423	295 69,7%	94 22,2%	34 8,0%	1			1										
> Ideal	132	85 64,4%	32 24,2%	15 11,4%	1,18	0,74	1,88	1,53	0,80	2,94								
ATIVIDADE REMUNERADA																0,899	0,638	
Sim	375	254 67,7%	85 22,7%	36 9,6%	1,03	0,67	1,58	1,37	0,70	2,68								
Não	180	126 70,0%	41 22,8%	13 7,2%	1			1										
ESCOLARIDADE																3,68	0,300	
0 – 4	46	26 56,5%	13 28,3%	7 15,2%	1,57	0,78	3,15	2,27	0,93	5,55								
≥ 5	509	354 69,5%	113 22,2%	42 8,3%	1			1										
ESTADO CIVIL																1,18	0,554	
Solteira	64	40 62,5%	17 26,6%	7 10,9%	1,33	0,72	2,43	1,42	0,59	3,36								
Não Solteira	491	340 69,2%	109 22,2%	42 8,6%	1			1										
CONTRACEPTIVO																3,47	0,610	
Pílula ou DIU	144	107 74,3%	28 19,4%	9 6,3%	0,73	0,45	1,17	0,57	0,27	1,22								
Outros	411	273 66,4%	98 23,8%	40 9,7%	1			1										
ACEITA ABORTO INDUZIDO																21,49	<0,001	
Não	211	158 74,9%	48 22,7%	5 2,4%	1			1										
Sim	344	222 64,5%	78 22,7%	44 12,8%	1,16	0,76	1,75	6,26	2,43	16,15								
NASCIDOS VIVOS																52,63	<0,001	
Nenhum	46	9 19,6%	24 52,2%	13 28,3%	9,70	4,37	21,52	14,89	5,96	37,21								
Um ou Mais	509	371 72,9%	102 20,0%	36 7,1%	1			1										

Tabela 3: Modelo final da análise de regressão logística multinomial para a classificação das mulheres em relação a aborto em mulheres que engravidaram, Vila Mariana, 2006

ABORTO		B	ERRO PADRÃO	χ^2 WALD	GL	p	Exp(B)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95% PARA EXP(B)	
Referência: Sem Aborto								Limite Inferior	Limite Superior
Espontâneo	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
Induzido	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

($p < 0,001$) entre mulheres sem nascidos vivos; 6,4 vezes maior ($p < 0,001$) para mulheres que aceitam a prática do aborto; e 4,9 vezes maior ($p=0,002$) entre aquelas com menos de quatro anos completos de estudo; 8% maior a cada ano de incremento de idade da mulher ($p < 0,001$).

Observou-se comportamento similar para a razão de chances de ter um ou mais abortos espontâneos sobre a variável sem aborto. A razão de chances foi de 15 vezes ($p < 0,001$) entre mulheres sem nascidos vivos e duas vezes ($p = 0,055$) para mulheres com menos de quatro anos de estudo, com incremento de 5% a cada ano de idade da mulher ($p < 0,001$). A razão entre mulheres que aceitam o aborto frente as que o rejeitam se mostrou não significante ($p = 0,677$).

A análise da idade para mulheres jovens de 15 a 19 anos não se associou a não ter abortos. A menor escolaridade se relacionou com maior proporção de antecedente de gestação e ocorrência de aborto. Antecedente de não ter filho nascido vivo foi a variável de maior peso na ocorrência do aborto.

DISCUSSÃO

O subdistrito de Vila Mariana tem indicadores socioeconômicos considerados privilegiados, com renda mensal em torno de nove salários mínimos e quase 80% da população com oito anos ou mais de escolaridade. Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados¹⁴, de 2009, apontam que a região é a única no município de São Paulo com média de 1,5 filhos por mulher, índice semelhante ao de alguns países europeus¹⁴.

Com esses indicadores, é possível supor que parte expressiva das mulheres que residem na região tenha suficiente condição econômica para recorrer a clínicas clandestinas seguras para interromper uma gravidez indesejada, com baixo risco de morbimortalidade. Ao mesmo tempo, essas mulheres contam com maiores recursos para elaborar estratégias que ocultem o aborto realizado, ou alegar que o término da gravidez indesejada se relacionou com uma perda espontânea, evitando sua declaração.

O baixo nível de fecundidade encontrado para mulheres residentes em Vila Mariana foi concorde com dados que apontam cúspide tardia para a fecundidade, com concentração de filhos entre mulheres de 30 a 40 anos de idade¹⁴. O mesmo ocorreu quanto à distribuição etária, com a maioria dos grupos quinquenais de 15 a 49 anos alocando proporção semelhante de mulheres, com mediana de idade de 32,5 anos. Além disso, a elevada proporção de mulheres com oito anos ou mais de estudo e o número médio reduzido de 0,9 filhos por mulher, foram compatíveis com os dados oficiais¹⁴.

Estudos conduzidos por Silva (1992)⁹ e por Santos (2005)¹⁵ apontam que mulheres que buscam o aborto induzido são jovens, solteiras, sem filhos e no início de vida reprodutiva^{9,15}. Neste es-

tudo, o aborto pode ter ocorrido em qualquer momento reprodutivo da vida da mulher e anterior à sua declaração. Essa limitação, no entanto, pouco pode distorcer os achados uma vez que se espera que a proporção de mulheres com aborto no início da vida reprodutiva supere a de mulheres com abortos nas demais etapas.

Mesmo para mulheres com melhores condições socioeconômicas, o início da vida sexual e reprodutiva é momento mais difícil para evitar a gravidez, seja pelo caráter ocasional das relações afetivas ou pela menor prevalência de uso de métodos contraceptivos eficazes¹⁶. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde¹⁷, em 1998, indica que entre casais com dois filhos vivos, 90% das mulheres e 88% dos homens não desejam outra gravidez. Entre casais com apenas um filho, 50% manifestam intenção de não aumentar a família¹⁷.

Segundo Sorrentino (2001)¹⁸, em um panorama em que não existem práticas seguras e adequadas para evitar a gravidez, e com taxa nacional de fecundidade total de 2,5 filhos por mulher, a ocorrência de gestações indesejadas tende a ser frequente. Embora a proporção de gestações que terminou em aborto espontâneo (13,8%) encontrada neste estudo se mostre dentro do esperado, conforme dados de Barini et al. (2000)¹⁹, o valor foi 4,5 vezes maior do que o verificado para o aborto induzido, indicando possibilidade de omissão nas declarações¹⁹. Em acréscimo, a prevalência de 4,3% para o aborto induzido se mostrou muito abaixo da reportada em investigações recentes para a região e para o município de São Paulo^{16,20}.

O número de abortos induzidos mostra consistente decréscimo nas últimas décadas, resultado da melhora na qualidade do planejamento reprodutivo no país. Os indicadores socioeconômicos de Vila Mariana permitem supor que essa população esteja entre as mais beneficiadas pelos avanços contraceptivos. No entanto, esse fator parece insuficiente para explicar a escassa declaração de aborto induzido encontrada, mesmo considerando que parte das entrevistadas atravessou o início da vida reprodutiva há quase 30 anos, quando a oferta e acesso aos contraceptivos eram mais restritos. Assim, cabe considerar que parte das entrevistadas possa ter ocultado o aborto induzido em suas respostas.

Mulheres com antecedente de gravidez apresentaram escolaridade proporcionalmente menor, possivelmente pela menor informação sobre métodos contraceptivos ou menor acesso para seu uso regular e contínuo. Essa variável não influenciou a posição declarada em relação ao aborto induzido, com 39% das mulheres com antecedente ou não de gravidez contrárias a sua prática. O dado sugere que quase 60% das mulheres poderia, frente a uma gravidez indesejada, recorrer ao aborto clandestino. Por outro lado, o antecedente de não ter filho nascido revelou maior peso na declaração do aborto.

Antecedente de gestação foi menos frequente entre as mulheres mais jovens. O achado tanto

reflete o início tardio da fecundidade registrado para a região avaliada, como pode indicar a resistência de informar abortos induzidos pelas mulheres mais jovens. A suposta menor capacidade de regulação da fertilidade entre mulheres mais jovens contrariou com apenas 2,3% das gestações em idades menores de 20 anos. O antecedente de aborto não mostrou associação com mulheres jovens entre 15 e 19 anos, o que pode ser explicado pela baixa idade, na medida em que os anos de exposição à gravidez aumenta a probabilidade de enfrentar situações envolvendo o aborto.

Partindo da premissa de Silva (1992)⁹ de que a omissão dessa informação não constitui diferencial por subgrupos de mulheres, inferências de que o aborto induzido tenha sido deliberadamente ocultado podem ser encontradas em todos os grupos de entrevistadas⁹. A prevalência de mulheres com antecedente de gestação que praticaram o aborto se mostrou inferior ao esperado, mesmo considerando margem de erro sobre o processo de amostragem variando entre 6,8% e 10,8%. É possível afirmar que cerca de 1/3 dos abortos declarados como espontâneos foram, de fato, induzidos⁶.

O aborto induzido é ponto central nos debates sobre saúde reprodutiva desde a década de 1990, tanto no Brasil como em países da América Latina e do Caribe. É consenso que sua criminalização e consequente clandestinidade terminam por elevar a morbimortalidade materna, principalmente para mulheres mais pobres que realizam o aborto em condições sanitárias precárias⁶.

No Brasil, a razão oficial de morte materna é de 76 para cada 100 mil nascimentos vivos, a maioria envolvendo mulheres com escassos recursos financeiros²¹. De fato, quase 80% das moradoras em favelas que recorrem ao aborto clandestino relatam complicações, sobretudo hemorrágicas². Em contraste, estudo realizado por Silva (1998)¹⁶ no município de São Paulo encontrou 5% das mulheres relatando algum tipo de seqüela¹⁶. Em pesquisa no subdistrito de Vila Madalena, São Paulo, complicações foram encontradas em 2% dos casos²⁰. Essas evidências sugerem que o maior nível socioeconômico permite que a mulher busque serviços de saúde que, embora clandestinos, realizam o aborto em condições menos inseguras. Neste estudo, as entrevistadas não referiram complicações decorrentes do aborto induzido.

Estudo recente sobre a magnitude do aborto no Brasil, sintetizando as principais pesquisas realizadas nos últimos 20 anos, mostra que maioria das mulheres que interrompem a gravidez tem idade entre 20 e 29 anos, união estável, até oito anos de estudo, trabalham, são católicas, tem pelo menos um filho e utilizam algum método contraceptivo¹². Nesta investigação, contudo, esperava-se maior ocorrência do aborto induzido entre solteiras, jovens e sem filhos, considerando-se o favorável perfil socioeconômico da população, como constatado por Santos (2005)¹⁵.

Nesse aspecto, os resultados sobre a ocorrência de abortos, induzidos ou espontâneos, se mostrou preponderante entre mulheres que não tinham nenhum filho nascido vivo. Contudo, esperava-se que abortos espontâneos acompanhassem o perfil de mulheres com alguma gestação e que fossem mais frequentes entre as com algum nascido vivo. Esse achado é fortemente sugestivo de que nas entrevistas o aborto induzido possa ter sido declarado como espontâneo.

O fato de ser jovem ou solteira não foi importante para explicar a maior ocorrência do aborto induzido. É possível que mudanças sociais tenham reduzido o preconceito contra mulheres jovens que engravidam antes da união, exercendo menor pressão para que interrompam a gravidez. Por outro lado, observa-se maior tendência de postergar o nascimento do primeiro filho, particularmente entre mulheres com melhor condição socioeconômica, interferindo na concentração do aborto induzido entre as mais jovens. Diante da gravidez indesejada, são mulheres sem filhos que mais recorrem a interrupção da gravidez, independente da situação conjugal ou da idade.

Fator importante associado ao aborto induzido foi aceitar sua prática em alguma situação, ao menos naquelas previstas pela legislação, chance 6,4 vezes maior. Silva & Vieira (2009)²² constataram que mulheres solteiras residentes no município de São Paulo recorrem ao aborto, mesmo contrárias a sua prática²². Não existe, necessariamente, inconsistência nessa observação.

Diante da gravidez indesejada, muitas mulheres podem abandonar posições rígidas quando se encontram frente à necessidade de recorrer ao aborto. Além disso, o aborto não é um benefício ou evento que a mulher deseje ou planeje alcançar, em qualquer circunstância. Isso pode confundir o *ser contrário*, por convictamente não aceitar sua prática, com o *ser contrário* a que a mulher sofra sua experiência.

Segundo Sihvo et al. (2003)²³, fatores socioeconômicos e diferentes tipos de relacionamento impactam sobre a decisão de interromper a gravidez. Essa decisão pode ser diferente em cada fase da vida da mulher, referindo-se às representações sociais e percepções em relação às condições adequadas para o exercício da maternidade.

O aprimoramento e a ampliação do acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, aos contraceptivos modernos, eficazes e seguros, programas de educação sexual e reprodutiva, e políticas públicas para equidade de gênero, são fundamentais para evitar a gravidez indesejada. Mesmo assim, não existem meios suficientes para erradicar esse problema. Portanto, a descriminalização do aborto é uma questão de saúde pública e de direitos humanos, que garante acesso igualitário a serviços de saúde que o ofereçam em condições seguras e humanizadas.

REFERÊNCIAS

1. Hardy E, Costa R, Rodrigues T, Moraes T. Características atuais associadas à história de aborto provocado. *Rev Saúde Pública*, 1994;28(1):82-5.
2. Fusco CLB. Aborto Inseguro: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável Favela Inajar de Souza. [dissertação] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2006.
3. Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 1996;30(1):13-8.
4. Osis MJD, Hardy E, Faundes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev Saúde Pública*, 1996;30(5):444-51.
5. Silva RS. Técnica de resposta ao azar (TRA): uma proposta alternativa. [resumo] In: Anais do 7º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 1990; Caxambú, Brasil. Caxambú: 1990. p. 517-37.
6. Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Alan Guttmacher Institute [monografia en la Internet]. 1994 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_AGISP.pdf
7. Singh S, Wulf D. Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994;20:4-13.
8. Corrêa S, Freitas A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. *Estudos Feministas*, 1997;5(2):389-95.
9. 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]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992.
10. Silva RS. Incidência e características do aborto induzido em São Paulo [resumo]. In: Anais do Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, 1994; Santa Fé de Bogotá, Colombia. Santa Fé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1994.
11. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica*, 2004;15(5):331-6.
12. Diniz D. Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria [documento online]. 2009 [acesso em 05 jan 2009]. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/noticias/detalhes.asp?IDNoticia=691>
13. Cardoso MRA. Comparação entre três métodos de amostragem que visam à estimação da cobertura vacinal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1990.
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Economia e Planejamento. Perfil Municipal de São Paulo, 2009 [documento online]. 2009. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
15. Santos EBC. Aborto induzido: ocorrência e características no antigo subdistrito de Vila Madalena, São Paulo, Brasil - 2000 [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2005.
16. Silva RS. Patterns of induced abortion in urban area of Southeastern region, Brazil. *Rev Saúde Pública*, 1998;32(1):7-17.
17. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM. Relatório Preliminar. USA: London International Group; 1998.
18. Sorrentino SR. Aborto inseguro. In: 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. p. 41-72.
19. Barini R, Couto E, Mota MM, Santos CTM, Leiber SR, Batista SCS. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2000;22(4): 217-23.
20. Silva RS, Fusco CLB. Saúde Reprodutiva, fecundidade e aborto provocado: análise de seis inquéritos populacionais realizados em São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Ética & Justiça*, 2008;13(2):79-94.
21. Adesse L, Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: Aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Instituto de Medicina Social - IMS [documento online]. 2008. Disponível em http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf 04 janeiro 2008.
22. Silva RS, Vieira EM. Aborto provocado: sua dimensão e características entre mulheres solteiras e casadas da cidade de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2009;25(1) 179-87.
23. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*, 2003; 57(8):601-5.