

Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008

Induced abortion: a comparison between married and single women residing in the city of São Paulo in 2008

Rebeca de Souza e Silva ¹
Solange Andreoni ¹

Abstract *The scope of this study was to evaluate the association between having had an induced abortion and marital status (being single or legally married) in women residing in the city of São Paulo. This analysis is derived from a broader population survey on abortion conducted in 2008. In this study we focus on the subset of 389 single and legally married women between 15 and 49 years of age. Logistic regression models were used to evaluate the association between induced abortion and being single or married, monitoring age, education, income, number of live births, contraceptive use and acceptance of the practice of abortion. Being single was the only characteristic associated with having had an induced abortion, in other words, when faced with a pregnancy single women were four times more likely to have an abortion than married women (OR=3.9; p=0.009).*

Key words *Induced abortion, Marital status, Logistic regression*

Resumo *O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre ter realizado algum aborto provocado e estado civil (ser solteira ou legalmente casada) em mulheres residentes no município de São Paulo. A presente análise é derivada de um inquérito populacional maior sobre aborto realizado em 2008. Aqui enfocamos o subgrupo de 389 mulheres entre 15 e 49 anos, solteiras ou casadas legalmente. Recorreu-se à análise de regressão logística para avaliar a associação entre ter realizado aborto ou não e estado conjugal, controlando-se por idade, escolaridade, renda, número de nascidos vivos, uso de métodos contraceptivos e aceitação da prática do aborto. Ser solteira foi a única característica associada à recorrência ao aborto provocado; isto é, diante de uma gravidez as solteiras têm quatro vezes mais chances de aborto do que as casadas (OR=3,9; p=0,009).*

Palavras-chave *Aborto induzido, Estado civil, Regressão logística*

¹Disciplina de Bioestatística, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. Rua Borges Lagoa 1341, Vila Clementino. 04038-034 São Paulo SP. rebecaprev@globo.com

Introdução

O aborto é um tema que vem ganhando amplo destaque nesses últimos vinte anos, de tal sorte que há, atualmente, uma abundância de fontes bibliográficas sobre o tema. Este fato, em si, constitui um forte indício da sua importância para a área de saúde – sobretudo à de saúde pública, em especial a relativa à saúde sexual e reprodutiva. Mais que isso, como bem enfatizam Hardy et al¹, o aborto é um assunto debatido mundialmente, uma vez que suas motivações e consequências afetam, sob diversos aspectos – psicológicos, familiares, sociais ou econômicos, por exemplo – o cotidiano das mulheres e/ou casais que optam por tal prática.

Entende-se por aborto a interrupção da gravidez, que tanto pode advir de complicações na gestação quanto ser provocada. Segundo Rezend², alguns obstetras delimitam esse termo para os episódios que ocorrem até a 22ª semana da gravidez. Após esse período gestacional, a interrupção é considerada como sendo parto prematuro e no caso de óbito do feto tem-se um natimorto.

No âmbito do Brasil, a grande maioria das publicações sobre este tema é constituída de ensaios, artigos de opinião e peças argumentativas. Em média, para cada estudo baseado em evidências de pesquisas empíricas há cinco sem evidências, sendo que aquelas que as possuem são majoritariamente relativas ao campo da Saúde Pública³. Como para o campo do saber do conhecimento sobre o perfil das mulheres que optam pelo aborto provocado revela-se indispensável para prevenção dessa prática e/ou dos riscos dela decorrentes, apenas as pesquisas domiciliares, de cunho epidemiológico, desenvolvidas junto a grupos populacionais que forneçam o norte buscado, pois permitem a avaliação dos fatores associados à referida prática.

Apesar da abundante bibliografia sobre o tema, os poucos estudos epidemiológicos existentes não permitem traçar de forma inequívoca um perfil das mulheres que recorrem a tal prática, quer seja pela dificuldade de se obter informações fidedignas sobre esse evento, que por ser ilegal e condenado moralmente leva a omissões voluntárias e/ou errôneas, certamente diferenciada em cada contexto estudado, quer pela falta de uniformidade entre as “medidas” e/ou condução das análises estatísticas empregadas pelos autores.

Não obstante, os resultados mais confiáveis sobre aborto no Brasil comprovam a tese de que sua ilegalidade traz consequências negativas para

a saúde das mulheres, pouco coíbe esta prática e perpetua a desigualdade social, uma vez que os riscos impostos pela tal ilegalidade são vividos, sobretudo, pelas mulheres menos escolarizadas, geralmente as mais pobres, e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro⁴⁻⁶. Assim sendo, o status legal do aborto junto com a política pública de saúde vigente numa determinada localidade determinarão os tipos de oferta de serviços disponíveis, incluindo-se o aconselhamento e a distribuição de métodos contraceptivos, bem como o impacto da dessa prática para a saúde das mulheres que a ela recorrem⁶. Quanto mais restritiva é a legislação sobre aborto, mais graves e frequentes são os problemas de saúde pública decorrentes dessa prática, a ponto de o aborto provocado constituir-se em uma das principais causas de morbimortalidade materna, senão a principal como é bem o caso da maioria dos países da América Latina⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁶, nestas circunstâncias de ilegalidade, o aborto provocado põe em perigo a vida da mulher, em decorrência das condições de risco em que são praticados. Ou seja, é pertinente argumentar que uma legislação restritiva acaba gerando discriminação e injustiça social contra as mulheres, uma vez que só aquelas que carecem de recursos financeiros ficam privadas de um atendimento médico adequado, diferentemente das que têm os meios suficientes para pagar um aborto seguro ou viajar para os países onde é legal^{7,8}. Mais que isso, propicia o fortalecimento de um “mercado clandestino” de serviços, de sorte a favorecer a proliferação dos de alto risco^{7,9-12}. Dificulta, ainda, a obtenção de informação fidedigna sobre a prática do aborto, o que ocasiona uma subestimação da magnitude do induzido em geral – ou pela omissão deliberada da sua provocação, ou pela omissão errônea, referindo-a como espontânea; além de afetar a precisão e a veracidade de informações sobre aspectos específicos relacionados com esta prática, tais como as razões e o mecanismo utilizado para interromper a gravidez, as consequências decorrentes de tal prática, entre muitos outros^{13,14}.

Assim sendo, a investigação do aborto nessa situação de ilegalidade requer cuidados metodológicos específicos, com implicações éticas no manejo do tema¹⁵.

No cenário mundial, segundo dados do Center for Reproductive Law and Policy¹⁶, 40,5% da população mundial vive em 54 países que permitem o abortamento sem restrições; 20,7% da população mundial vivem em 14 países que per-

mitem o aborto com base em razões sociais e econômicas; outros 12,8% vivem em 55 países que permitem o abortamento quando necessário para a saúde da gestante, e apenas os 26% restantes vivem em 72 países que proíbem o abortamento ou o permitem apenas em casos de risco a vida da gestante. O Brasil enquadra-se, portanto, entre a minoria de legislação mais restritiva – conforme os artigos 124 a 128 do Código Penal Brasileiro¹⁷, a penalidade para as mulheres que se submetem a um aborto de forma ilegal varia de 1 a 10 anos de prisão, com pena duplicada para aqueles que o praticaram ou o auxiliaram. No país, o aborto só é permitido se for o último recurso para salvar a vida da mãe ou se a gravidez resultar de um estupro. É bem verdade que há jurisprudência para o caso de fetos anencefálico, mas esta é implementada somente por poucos médicos mais engajados na luta pela legalização. Como não poderia deixar de ser, entretanto, Adesse et al.¹⁸, numa pesquisa sobre a magnitude do aborto no Brasil, confirmam que sua tipificação como um delito em si não desestimula as mulheres a se submeterem ao mesmo, pelo contrário, as incentiva à prática de risco. Mostra, ainda, que existem diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade. Mulheres com melhores condições financeiras, geralmente nos grandes centros urbanos, têm acesso aos métodos e clínicas ilegais com melhores condições de higiene e cuidado. Já as mais carentes, consideradas a grande maioria da população feminina brasileira, recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando num alto índice de agravos à saúde.

O estado civil, segundo Silva e Vieira¹⁹ se mostrou o único fator responsável para uma maior prevalência de abortos provocados na Cidade de São Paulo em 1993. Mais precisamente, o contraste entre as mulheres casadas legalmente e as solteiras revelou que nenhuma das outras características sociodemográficas investigadas mostrou-se associada à provocação de um aborto. Contudo, entre as casadas legalmente a prevalência de aborto provocado foi dez vezes menos que a observada entre as solteiras.

Várias são as hipóteses que podem ser aventadas para explicar tal resultado, entre elas a de que as mulheres casadas além possuírem um maior leque de alternativas contraceptivas, inclusive a esterilização, é mais fácil, a dois, se optar pela continuidade de uma gestação, mesmo que esta não tenha sido desejada/planejada. Em contrapartida, as mulheres solteiras, além de mais expostas a uma gravidez inoportuna – tanto pelo

caráter instável das relações afetivas, quanto pela menor disponibilidade de métodos contraceptivos adequados – têm maior dificuldade em fazer a opção de continuidade da gestação e, conseqüentemente, optam em maior medida pelo aborto provocado.

Contudo, independentemente das justificativas que se possa aventar para explicar o referido desencontro, o fato é que a dimensão dessa discrepância nos obriga a refletir com seriedade sobre o papel do estado civil na opção pelo aborto provocado.

Neste sentido, a partir de dados recentes, coletados na mesma região geográfica analisada por Silva e Vieira¹⁹ com 15 anos de anterioridade, o objetivo do presente trabalho é o de comparar a ocorrência de aborto provocado entre mulheres casadas no civil ou religioso com a de mulheres solteiras – com ou sem companheiro sexual –, residentes na cidade de São Paulo, no último trimestre de 2008.

Material e Método

Trata-se de um estudo transversal no qual foram entrevistadas, por sorteio aleatório, cerca de 1200 mulheres de 15 a 59 anos de idade. Para tanto, partindo de mapas obtidos na Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (Emplasa), foram sorteadas 120 ruas da Cidade de São Paulo, em cada uma destas foram visitados 10 domicílios e em cada um foi sorteada uma mulher na idade de interesse. Todas as informações foram obtidas mediante entrevista face a face e por pesquisadoras treinadas. A saber, Silva e Vieira¹⁹ utilizaram estratégia amostral equivalente.

Para o presente artigo, entretanto, o foco de interesse é analisar apenas as mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos de idade) que estavam casadas – no civil e/ou religioso, ou solteiras – com ou sem parceiro sexual – no momento da entrevista (544), mais precisamente, as 389 que declararam alguma gestação. Isso permite, portanto, uma comparação direta com os achados de 1993.

Além de estado conjugal, outras informações foram coletadas e reagrupadas para a análise AM apreço da seguinte forma: idade por grupo quinquenal; exercer ou não alguma atividade remunerada; renda familiar mensal categorizada em 8 níveis além da não resposta; escolaridade categorizada em 5 níveis; tipo de método contraceptivo atual, pílula ou DIU, esterilização, outros menos eficazes que a pílula ou DIU e nenhum método;

aceitar ou não a provocação de um aborto em alguns quesitos pontuais – pergunta que admitia respostas múltiplas e partia do questionamento sobre as situações em que a entrevistada consideraria aceitável a provocação de um aborto e tinha como alternativas os motivos previstos por lei (risco iminente de morte da mãe e estupro) e alternativas como a mulher ser solteira ou não se ter condições financeiras de criar o filho, entre outras – categorizada em não aceita em qualquer situação, aceita em situações restritas – pelos motivos previstos em lei, risco de vida do feto ou em alguma outra situação extrema – e aceita sempre, qualquer que seja o motivo da mulher; e número de nascidos vivos em 5 categorias.

Neste ponto, vale ressaltar, que foi impossível se trabalhar com a variável número desejado de filhos, a qual se destacou na comparação dos perfis de mulheres solteiras e casadas no trabalho publicado anteriormente¹⁹. Por ocasião do pré-teste, a maioria das respostas à pergunta “quantos filhos você considera ideal se ter nos dias atuais?” era muito evasiva. Por exemplo: ainda não pensei no assunto, não estou preocupada com filhos e sim com a relação com meu companheiro, vai depender do meu momento de vida, vai depender do apoio de meu companheiro ou agora já não me preocupo mais com isso.

Num primeiro momento são apresentadas as características demográficas das 389 mulheres alvo deste estudo e as possíveis diferenças estatísticas existentes entre casadas e solteiras quanto às outras características sociodemográficas são avaliadas pelo teste generalizado de Fisher. Para os dois grupos de mulheres – casadas e solteiras – é avaliado, ainda, por meio da análise de variância, se há diferenças entre as médias de idade e no número de nascimentos vivos no momento da entrevista.

Por outra parte, para a análise de regressão logística, a variável resposta adotada é ter ou não declarado algum aborto provocado (1 sim e 0 não), e as independentes supracitadas são dicotomizadas em: renda mensal familiar abaixo de 2 salários mínimos (SM) e acima de 2 SM; escolaridade até o nível fundamental II ou acima disso; usar ou não algum método contraceptivo; aceitar a prática do aborto em qualquer situação ou não; e ser casada ou solteira. Para a idade e o número de nascidos vivos foram utilizados os valores originais.

Foram consideradas como significativas para o modelo final as variáveis que apresentassem $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS, version 15.0.

Resultados

A primeira constatação é a de que houve uma subestimação de mulheres dos dois primeiros grupos quinquenais de idade – 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. Com efeito, entre as 544 mulheres casadas e solteiras entrevistadas inicialmente, com idades entre 15 e 49 anos completos, os dois primeiros grupos etários juntos agregaram somente 10,2% das mulheres entrevistadas ao invés dos esperados 13% em cada grupo etário. Os dados da FSEADE²⁰ indicam que a proporção de mulheres em idade fértil é distribuída quase uniformemente entre os 7 grupos quinquenais de idade, mais precisamente, há entre 12 e 14% de mulheres em cada faixa etária. Como nestas, geralmente ainda não estão casadas, isso pode levar a uma subestimação de solteiras, mas no caso específico daquelas com gestação, possivelmente, haverá uma pequena perda de aborto provocado.

Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas das 389 mulheres com gestação, alvo deste estudo e as possíveis diferenças existentes entre solteiras e casadas. Observa-se, por exemplo, que não há diferença estatística entre elas ao se contrastar o estado civil – casadas (320) e solteiras (69) – com respeito à idade no momento da entrevista ($p=0,100$) e, tampouco com respeito à aceitação do aborto ($p=0,326$). Contudo, existe comportamento diferencial por estado civil nos quesitos atividade remunerada, renda mensal e escolaridade. Uma maior proporção de solteiras exerce tarefas remuneradas ($p < 0,001$), contudo as solteiras possuem renda familiar menor ($p=0,001$) havendo uma maior concentração de solteiras com renda abaixo de R\$ 726,26 (aproximadamente 1,5 salários mínimos); e, também, são menos escolarizadas ($p=0,037$) com uma menor proporção superando o ensino fundamental. Com respeito ao uso de métodos contraceptivos no momento da entrevista, observa-se na Tabela 1 que a diferença estatística no comportamento de solteiras e casadas é limítrofe ($p=0,055$). Observa-se que a proporção de não usuárias de contraceptivos, por exemplo, é muito similar entre casadas e solteiras – cerca de 27%. Dentre as solteiras, possivelmente, existe uma parcela de mulheres que não possuem vida sexual ativa. Dentre as casadas, em contrapartida, é provável que haja um grupo que esteja buscando uma gestação. Contudo, entre as solteiras há um predomínio de usuárias de métodos contraceptivos menos eficazes – apontando para o caráter instável de eventuais relações sexuais – e entre as mulheres casadas uma

Tabela 1. Características das mulheres que engravidaram por estado civil.

Característica	Estado civil				Total		Fisher p
	Casada		Solteira				
	n	%	n	%	n	%	
Total	320	100,0	69	100,0	389	100,0	
Idade							0,100
15 a 19	3	0,9	3	4,3	6	1,5	
20 a 24	17	5,3	5	7,2	22	5,7	
25 a 29	48	15,0	14	20,3	62	15,9	
30 a 34	63	19,7	9	13,0	72	18,5	
35 a 39	57	17,8	11	15,9	68	17,5	
40 a 44	70	21,9	9	13,0	79	20,3	
45 a 49	62	19,4	18	26,1	80	20,6	
Trabalha							<0,001
Não	183	57,2	22	31,9	205	52,7	
Sim	137	42,8	47	68,1	184	47,3	
Renda							0,001
até R\$276,70	11	3,4	7	10,1	18	4,6	
de R\$276,71 a R\$484,97	16	5,0	11	15,9	27	6,9	
de R\$484,98 a R\$726,26	42	13,1	15	21,7	57	14,7	
de R\$726,27 a R\$1.194,53	93	29,1	17	24,6	110	28,3	
de R\$1.194,54 a R\$2.012,67	75	23,4	10	14,5	85	21,9	
de R\$2.012,68 a R\$3.479,36	40	12,5	4	5,8	44	11,3	
de R\$3.479,37 a R\$6.563,73	24	7,5	2	2,9	26	6,7	
acima de R\$6.563,74	7	2,2	1	1,4	8	2,1	
Não Respondeu	12	3,8	2	2,9	14	3,6	
Escolaridade							0,037
Analfabeta, saber ler e escrever, primário incompleto ou completo	42	13,1	11	15,9	53	13,6	
Ginásio, fundamental incompleto ou completo	64	20,0	24	34,8	88	22,6	
Colegial, médio incompleto ou completo	161	50,3	27	39,1	188	48,3	
Superior incompleto ou completo	53	16,6	7	10,1	60	15,4	
Método Contraceptivo Atual							0,055
Pílula ou DIU	71	22,2	20	29,0	91	23,4	
Esterilização Eletiva	69	21,6	6	8,7	75	19,3	
Menos Eficaz	93	29,1	25	36,2	118	30,3	
Não Usa	87	27,2	18	26,1	105	27,0	
Aceita Aborto							0,326
Não aceita	133	41,6	34	49,3	167	42,9	
Aceita alguma	173	54,1	31	44,9	204	52,4	
Aceita sempre	14	4,4	4	5,8	18	4,6	
Número de Nascidos Vivos							<0,001
0	10	3,1	11	15,9	21	5,4	
1	94	29,4	27	39,1	121	31,1	
2	111	34,7	14	20,3	125	32,1	
3	63	19,7	10	14,5	73	18,8	
4 ou mais	42	13,1	11	15,9	49	12,6	

alta proporção de esterilizações, cerca de 22%, indicando que pelo menos um quinto das mulheres casadas com alguma gestação já atingi-

ram a fecundidade desejada. Por fim, com respeito ao número de nascimentos vivos, 15,9% das mulheres solteiras com alguma gestação não

possuía filhos contra apenas 3,1% das mulheres casadas (Tabela 1).

As solteiras possuem em média 1,77 filhos com desvio padrão de 1,57 filhos contra os 2,17 filhos com desvio padrão de 1,25 filhos das casadas (Tabela 2). Para os efeitos dos padrões de fecundidade atual, entretanto, essa diferença não chama a atenção. A Tabela 2 revela que embora a idade das mulheres com alguma gestação no momento da entrevista não difira estatisticamente entre as solteiras e as casadas, todas possuem em média 37 anos de idade, as solteiras possuem uma média de filhos nascidos vivos inferior à anotada entre as casadas.

Que explicação poderíamos encontrar para a similaridade com respeito à idade no momento da entrevista concomitantemente a uma discrepância no número de nascidos vivos? A primeira é a de que o caráter instável das relações afetivas das solteiras as levaria a usar menos frequentemente métodos contraceptivos eficazes e, por conseguinte, as colocaria em maior escala diante de uma gravidez não desejada ou não planejada. A segunda, que também corrobora com aquela hipótese, é que dispõem de menos acesso e/ou menos informação sobre métodos contraceptivos. Vem de encontro a esse argumento o fato de a Tabela 1 revelar a existência de comportamento diferencial por estado civil nos quesitos atividade remunerada, renda mensal e escolaridade. Uma maior proporção de solteiras exerce tarefas remuneradas, mas possui renda familiar menor e são menos escolarizadas. Esse achado reforça a hipótese de maior dificuldade de acesso ou menor conhecimento sobre os métodos contraceptivos.

Estar ou não casada foi fortemente associado à maternidade, já que 16% das mulheres solteiras

com alguma gestação não possuem filhos contra 3,1% das casadas. Não há motivos para se suspeitar que solteiras tenham maior probabilidade de uma perda natural. Isso pode indicar dificuldades ao se deparar com uma gestação na ausência de um companheiro fixo, já que as solteiras com gestação tiveram renda familiar mais baixa. A ocorrência de gestações entre as mulheres solteiras estaria, portanto, associada a uma baixa renda mensal? Provavelmente não. O que deve estar associado à baixa renda de mulheres solteiras é a forma de resolução da gestação. Reforça esse argumento, o fato apontado acima de que não há diferença entre a média de idades de solteiras e casadas. Ou seja, outra constatação de uma sub-representação de mulheres jovens e solteiras.

Sobressai, portanto, o primeiro indício de que as mulheres solteiras podem recorrer em maior medida que as casadas ao aborto provocado. E, no mínimo, nos coloca diante da seguinte questão: Enquanto pesquisadores da área de saúde pública, quem devemos privilegiar na atenção à saúde sexual e reprodutiva, as mulheres casadas ou as solteiras? Dito de outra forma, as categorias de mulheres que apontam um maior montante de aborto ou aquelas mais propensas a abortar?

Dado esse perfil das mulheres casadas e solteiras, na Tabela 3 apresenta-se o modelo inicial de regressão logística utilizado para descrever as características dessas mulheres quanto a já ter tido algum aborto induzido. Na Tabela 3 observa-se que a única variável que tem associação estatística com a presença de aborto(s) provocado(s): é ser solteira, com um OR=4,26 (p=0,011).

Desta feita, na Tabela 4 apresenta-se o modelo reduzido de regressão logística. Observa-se que, coerentemente, o valor da razão de chances das solteiras – OR=3,90 (p=0,009) – não sofre alte-

Tabela 2. Médias e desvios padrão de número de nascidos vivos e idade segundo estado civil.

	Estado civil			p
	Casada	Solteira	Total	
Idade (anos)				0,331
n	320	69	389	
Média	37,13	36,09	36,94	
Desvio Padrão	7,77	9,08	8,01	
Mín-Máx	18,43-49,95	16,49-49,39	16,49-49,95	
Nascidos Vivos				0,021
n	320	69	389	
Média	2,17	1,77	2,1	
Desvio Padrão	1,25	1,57	1,32	
Mín-Máx	0-9	0-8	0-9	

Tabela 3. Modelo inicial de regressão logística para ter realizado aborto.

Variáveis	OR*	IC95%**	p
Solteira	4,26	[1,39 ; 13,04]	0,011
Usa método contraceptivo	1,41	[0,41 ; 4,76]	0,591
Renda baixa	1,81	[0,55 ; 5,94]	0,328
Escolaridade baixa	0,56	[0,16 ; 1,89]	0,348
Nascidos vivos	0,94	[0,61 ; 1,46]	0,793
Idade	1,05	[0,98 ; 1,13]	0,166
Aceita aborto	2,78	[0,84 ; 9,09]	0,095

Tabela 4. Distribuição de mulheres que engravidaram por aborto provocado entre solteiras e casadas.

Estado civil	Aborto provocado						OR*	IC95%**	p
	Não		Sim		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Casada	311	97,2	9	2,8	320	100,0			
Solteira	62	89,9	7	10,1	69	100,0	3,90	[1,40 ; 10,87]	0,009
Total	373	95,9	16	4,1	389	100,0			

* OR = Razão de Chances; ** IC95% - Intervalo de Confiança de 95%.

ração. Em suma, a prática de aborto provocado entre as solteiras é o quádruplo da observada entre casadas. Essa discrepância, embora elevada, está bem aquém do observado por Silva e Vieira¹⁹. Reforçando, uma vez mais, a hipótese de subestimação de abortos provocados atrelados às jovens e solteiras. A proporção de mulheres com aborto provocado é de 2,8% entre as casadas e de 10,1% entre as solteiras (Tabela 4).

Conclusões e Discussão

Embora a grande limitação desse estudo seja a subrepresentatividade de mulheres jovens, provavelmente solteiras e com um número de filhos bem reduzido, senão nulo, como aponta os achados de pesquisas anteriores²¹⁻²⁴, com consequente subnotificação de abortos provocados, os achados aqui obtidos nos obrigam a refletir com seriedade sobre o papel do aborto provocado num cenário de baixa fecundidade e recursos contraceptivos ainda bem limitados.

Por outro lado, o fato de não conseguirmos localizar as mulheres mais jovens em casa, mesmo realizando as entrevistas no período noturno e nos finais de semana, pode ser um indicativo de que essas mulheres jovens morem só. Provavelmente não têm filhos, e ou passam a maior parte de seu tempo fora de casa – estudando, trabalhando, buscando trabalho ou que por medidas de segurança, não quiseram que se soubesse da presença delas na casa e optaram por não atender a porta.

Reforça o argumento de que as solteiras não localizadas vivam sozinhas a reação mostrada no questionamento sobre “quantos filhos você considera ideal nos dias de hoje?” Ele revela, se examinado com cautela, que a maternidade não parece mais ser um tema prioritário ou indispensável na condução da vida da mulher moderna. Hoje em dia, ao que tudo indica, uma parcela

substantiva das mulheres está se realizando em outros terrenos que não unicamente o da maternidade e, via de regra, postergam a maternidade e priorizam o trabalho e os estudos.

Em trabalho realizado por Silva e Fusco²⁵ entre adolescentes residentes numa favela ficou evidenciado que mesmo entre as jovens de baixa renda, estudar, conseguir um bom trabalho e poder comprar a casa própria eram muito mais importantes do que casar ou ter filhos. Não obstante, o casamento ainda era visto, por aqueles jovens, como o caminho mais acertado para se construir uma família e criar os filhos.

Mesmo considerando o elevado número de mulheres chefes de família²⁶ e um número expressivo que criam seus filhos sem a ajuda do pai da criança, parece muito sugestivo que a presença de um companheiro fixo favoreça um nascimento. Quer mediante o devido planejamento de uma gravidez ou pela maior facilidade de se levar a termo uma gestação não planejada.

Nesse cenário, não é de surpreender que a proporção de mulheres solteiras com abortos provocados tenha se revelado quatro vezes superior ao de mulheres casadas legalmente. Ao contrário, Silva e Vieira¹⁹ encontrara uma discrepância muito mais acentuada, pois em 1993 as solteiras procuravam o dúpulo de aborto que as mulheres casadas.

Essa atenuação da discrepância entre casadas e solteiras por um lado pode ser justificado pela acentuada redução da fecundidade ocorrida na região nos últimos 15 anos²⁷; por outro lado, pode estar revelando que as mulheres solteiras estão logrando maiores êxitos em prevenir uma gravidez não planejada, reflexo, certamente, dos programas de saúde reprodutiva que vêm sendo implementados e que possibilitam a obtenção gratuita ou a preço reduzido de contraceptivos, sobretudo a pílula e o condom¹⁵.

O que surpreende, de alguma forma, é o fato de o estado conjugal ser o único fator a explicar a

recorrência ao aborto. Em 1993, Silva e Vieira¹⁹ constataram que o número reduzido de nascimentos vivos e a idade precoce da mulher – ter entre 15 e 19 anos – também eram fatores decisivos para a provocação de um aborto. Ressalte-se, contudo, que as referidas autoras não lançaram mão de uma análise multivariada.

Ao que tudo indica, portanto, a idade da mulher não mais se revela em fator preponderante para a recorrência ao aborto provocado, possivelmente em decorrência da postergação do casamento. Com efeito, Carneiro²¹ constatou, por exemplo, que as mulheres sem nascidos vivos são as que mais recorrem ao aborto provocado independentemente de suas idades. O reduzido número de nascidos vivos, ao contrário, tem persistentemente se associado a uma maior recorrência ao aborto provocado, sobretudo pelo fato de a primeira gravidez ocorrer de forma mais inesperada e da precocidade da idade em que se inicia a vida sexual^{21-24,28}. É possível, contudo, que a perda de mulheres jovens com uma única gestação terminada em aborto justifique o fato de esse fator não ter se mostrado isignificante.

Seja como for, seria ingenuidade supor que o aborto provocado deixará de ter papel de destaque entre as mulheres que engravidam inesperadamente. Nossos achados, revelam que essa situação é mais propícia entre as mulheres solteiras e, talvez, sem filhos nascidos vivos.

Segundo Diniz⁴, ao contrário do senso comum, muitas mulheres que provocam aborto são casadas ou vivem em união estável, geralmente têm vários filhos e podem usar o aborto como meio de limitar o tamanho da família ou espaçar nascimentos, quando acontece falha do método contraceptivo em uso ou pela falta de acesso a métodos contraceptivos seguros⁷. Obviamente, essa situação reflete sobretudo às das camadas mais pobres, por se constituírem na grande maioria da população brasileira.

Nesse sentido, recentemente, Diniz e Medeiros²⁹, em pesquisa realizada nas regiões urbanas do Brasil, apontou ser as mulheres menos escolarizadas – muito provavelmente, as mais pobres – as que mais recorrem ao aborto provocado.

O padrão de fecundidade baixa vem se consolidando na Capital paulista desde meados de 1985²⁷. Pode-se aventar a hipótese, pautando-se na crescente participação feminina no mercado de trabalho e na busca de identidade das mesmas, que não tardará em que esse perfil se torne realidade nacional. Se por um lado, a inserção feminina nas altas esferas do poder – gerência, chefia, ministério, entre outros – facilitará a incorporação e o uso de

métodos contraceptivos eficazes em suas rotinas; por outro, o reduzido leque de possibilidades contraceptivas aliado aos danosos efeitos colaterais dos poucos métodos existentes acabará por elevar a probabilidade de as mulheres solteiras provocarem um aborto. Ademais, dentro de uma relação estável é mais provável a ‘programação’ de uma gestação e quase que, seguramente, nessa situação uma gravidez é mais desejável.

Ao nosso ver, portanto, serão as mulheres solteiras as maiores candidatas a provocar um aborto até que as alternativas contraceptivas sejam mais numerosas e mais inócuas. Certamente, as que lançarem mão de técnicas seguras e buscarem um profissional qualificado estarão menos expostas às sequelas decorrentes do referido procedimento. Não obstante, essa solução não está no alcance financeiro de muitas mulheres. Com efeito, num panorama como o brasileiro, onde o aborto provocado é criminalizado – à exceção do terapêutico, permitido como último recurso para salvar a vida da mãe e do resultante de estupro – em que as clínicas clandestinas cobram um preço exorbitante, uma grande parcela das mulheres se submete a procedimentos pouco confiáveis em termos de higiene ou mesmo opta pela autoprovação do aborto.

É bem verdade que o uso do misoprostol contribui enormemente para a redução das sequelas pós-aborto. Contudo, a falta de informação adequada sobre seu correto uso, sobretudo entre as mulheres de baixa classe social, leva a que esse medicamento não atinja plenamente seus benefícios. Em suma, as mulheres solteiras recorrem proporcionalmente mais a um aborto provocado, mas, a nosso ver, esta peculiaridade tenderá a ser cada menos acentuada.

Contudo, as mais pobres, com menor escolaridade e maior dificuldade de acesso às benesses do mundo moderno, continuarão pagando um alto preço – que pode ser suas próprias vidas – pela opção de provocar um aborto. Esse impasse só será resolvido se o acesso aos serviços de qualidade for equitativo e, para tanto, há que se legalizar o aborto no país.

Colaboradores

RS Silva e S Andreoni participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Hardy E, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. Características atuais associadas à história de aborto provocado. *Rev Saude Publica* 1994; 28(1):82-85.
- Rezende M. *Obstetrícia Fundamental*. 11° Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e tecnologia. *Aborto e Saúde Pública*. 20 anos de Pesquisas no Brasil. Brasília: MS; 2009.
- Diniz M. Aborto e Saúde Pública no Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(9):1992-1993.
- Llovet JJ, Ramos S. El estudio del aborto inducido en America Latina: Un balance parcial y algunas propuestas a futuro [Study of induced abortion in Latin America: A partial evaluation and some proposals for the future]. In: Stern C, Figueroa JG, editors. *Sexualidad y salud reproductiva*. Avances y retos para la investigación [Sexuality and reproductive health: Advances and challenges for research]. Mexico: El Colegio de Mexico; 2001. p. 285-322.
- Organización Mundial da Saúde (OMS). *Abortamento seguro*: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: OMS; 2004.
- Casas Becerra L. *Mujeres procesadas por aborto*. Santiago de Chile: Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos 106; 1996.
- Centro de derechos reproductivos. *Encarceladas* leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los derechos humanos. Nova Iorque: Centro de derechos reproductivos; 1998. p. 113.
- Kulczycki A. De eso no se habla: aceptando el aborto en México. *Estudios demograficos y urbanos* 2003; 18(2):353-386.
- Center for Reproductive Law and Policy. *Making Abortion Safe, Legal and Accessible*. A Tool Kit for Action. Nova Iorque: Center for Reproductive Law and Policy; 2000.
- Pine RN. Achieving public health objectives through family planning services. *Reproductive Health Matters* 1993; 1(2):77-83.
- Guzmán V. La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas. In: Largo E. *Genero en el Estado* – Estado del Genero. Chile: Ediciones de las Mujeres n° 27, Isis Internacional; 1998.
- Guillaume A, Molmy W. *Abortion in Africa*. A review of literature from the 1990's to the present day. Les Numériques du CEPED (french & english), Paris: CEPED; 2004.
- Blayo C. Mourir d'avortement. Facteurs politiques et sociaux. 1998 - Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective. In: Colloque International de Sinaia, 1996, Paris; PUF. p. 318-326.
- Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):s193-s204.
- Center for Reproductive Law and Policy (CRLP). *Abortion*. Reproductive Rights 2000: Moving Forward. Nova Iorque: CRLP; 2000. p. 25-31.
- Brasil. *Código Penal*. Decreto lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969. 4ª ed. São Paulo: Saraiva; 1971.
- Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. *Revista Radis – Comunicação em Saúde* 2008; 66:10-15. [acessado 2009 abr 11]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_66.pdf
- Silva RS, Vieira EM. Aborto provocado: sua dimensão e características entre mulheres solteiras e casadas da cidade de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(1):179-187.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (FSEADE). Secretaria de Economia e Planejamento. *Perfil Municipal de São Paulo, 2009*. [acessado 2012 jun 2]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
- Carneiro MCMO. *Prevalência e características das mulheres com histórico de aborto* – Vila mariana, 2006 [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.
- Silva RS. *Aborto provocado*: sua incidência e características. Um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no subdistrito de Cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992.
- Santos EBC. *Aborto induzido*: ocorrência e características no antigo sub-distrito de Vila Madalena, São Paulo, Brasil -2000 [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2005.
- Maldonado MTM. *Fatores associados ao aborto provocado em mulheres em idade fértil com histórico de gestação* - São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
- Silva RS, Fusco C. Aborto provocado: uma realidade ilegal. In: Miranda-Ribeiro P, Simão AB, organizadores. *Qualificando os números*: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Demografia em Debate V. 2; 2008. p. 185-204.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. *Primeiros Resultados do Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Yasaki LM. Análise da Fecundidade no Estado de São Paulo SP. *São Paulo perspect* 2008; 22(1):48-65.
- Santos TF. *Prevalência e características de mulheres com aborto provocado na favela México 70*, São Vicente – SP [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.

Artigo apresentado em 14/03/2012

Aprovado em 25/03/2012

Versão final apresentada em 29/03/2012