



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

**La demografía latinoamericana del siglo XXI
Desafíos, oportunidades y prioridades**

ABORTO CLANDESTINO: só as mulheres pobres arcam com seu custo?.

Carmen L. B. Fusco

UNIFESP

carmenlbf@uol.com.br

Rebeca de Souza e Silva

UNIFESP

Solange Andreoni

UNIFESP

ABORTO CLANDESTINO: só as mulheres pobres arcam com seu custo?¹

**Carmen L. B. Fusco – médica- pós graduanda Dep. Med. Prev. UNIFESP
Solange Andreoni – prof. Associada - Dep. Med. Prev. UNIFESP
Rebeca de Souza e Silva – prof. Adjunta Dep. Med. Prev. UNIFESP**

Em 1994, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em seu Programa de Ação, reconheceu, pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro como grave problema de Saúde Pública (parágrafo 8.25). O documento assinado na Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, em 1995, reafirmou o conteúdo do parágrafo 8.25 do Cairo, acrescentando a recomendação de que os países revisassem as leis que punem as mulheres, quando elas se submetem a abortos ilegais (parágrafo 106 k). Em 2000, o documento final de Pequim + 5 incorpora na íntegra o texto do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim, mencionando a necessidade de revisão das leis que punem a prática do aborto inseguro.

Após mais de uma década das Conferências Internacionais do Cairo e Pequim (Beijing), no Brasil, e na maior parte da América Latina, o Aborto Clandestino e Inseguro é, ainda, um grave problema de Saúde Pública e sua solução um desafio a exigir medidas urgentes que passam, fatalmente, pelo processo de descriminalização do mesmo.

Em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), os líderes das grandes potências mundiais e os chefes de Estado de 189 países, entre eles o Brasil, discutiram a gravidade do estado social de muitos países do mundo e definiram 8 objetivos que apontam para ações em áreas prioritárias para a superação da pobreza. Tais objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, apresentam metas, detalhadas em indicadores, que devem ser alcançadas, em sua maioria, até 2015. O Objetivo 5, Melhorar a Saúde Materna, apresenta a Meta 6: Reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015, a taxa de Mortalidade Materna.

Os EUA, porém, contrapuseram às decisões do Cairo as chamadas Metas do Milênio divorciadas dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, o que provocou um verdadeiro retrocesso em relação ao Aborto, como questão de Saúde Pública, na medida em que passou a ser privilegiado apenas o momento da concepção produtiva (parto), em detrimento do enfoque à Mortalidade Materna como referente à morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, vigente desde 1987 (Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, Nairobi, 1987), reenfatizado na CIPD, Cairo, 1994, e que incluía o Aborto como uma das formas de resolução possível, mesmo quando não desejável, da gestação (ressalte-se o peso relativo do aborto dentro das taxas de mortalidade materna). Houve um retrocesso também ao se voltar

¹“Trabajo presentado en el II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Guadalajara, México, del 3 al 5 de septiembre de 2006”.

ao discurso da saúde materno–infantil, desconsiderando-se o conceito atual de saúde integral da mulher.

É impossível atingir-se a redução da mortalidade materna, pretendida nas metas do milênio, sem intervir-se diretamente nos cuidados médicos destinados ao aborto clandestino, inseguro, em sua grande maioria provocado voluntariamente. No Brasil, não raras vezes, sobretudo entre as mulheres de baixo poder aquisitivo, os casos de aborto espontâneo são tratados com negligência por conta de preconceito e discriminação (parte-se do princípio de que foram provocados).”Quando uma mulher chega a um Hospital ou Maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime” (RFS, 2005).

É o Aborto a principal causa de Mortalidade Materna na América Latina e Caribe (OPS). Cerca de 25% das mortes maternas devem-se às complicações do Aborto Clandestino (OMS). A quase totalidade desses óbitos poderia ser evitada não fosse a clandestinidade dos abortos e as condições inseguras como são praticados. É também nesta Região que se registra o maior número de abortos clandestinos e inseguros, produto de um elevado número de gestações indesejadas. O Instituto Alan Guttmacher chegou a um valor estimado de 4 milhões de abortos clandestinos ao ano para a América Latina e Caribe, sendo que o Brasil colaboraria com de 750 mil a 1,5 milhões desses. Estudos realizados por Silva, com técnica que permite estimar a proporção de mulheres que omitem a indução de um aborto (AP), sugerem que esta última cifra seja mais realista.

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

Em Cuba, a partir da legalização permissiva do aborto, em 1965 (configurada no novo Código Penal de 1987), a mortalidade materna por essa causa declinou de 120 por 100 mil nascidos vivos para 7 por 100 mil nascidos vivos. (Ministerio de Salud Pública, Cuba, 2000). Ou seja, legalizar o aborto, realizando-o em adequadas condições sanitárias e por profissional habilitado, possibilitou abater a Morte Materna.

O Perfil Estatístico da Mulher Cubana, publicado em 2000 pela Oficina Nacional de Estatísticas (ONE), mostrou que, entre 1968 e 1996, foram realizados cerca de 3,2 milhões de abortos, em Cuba. Só no ano passado, foram interrompidas 21,5 gestações para cada mil mulheres com idades entre 12 e 49 anos o que corresponde a 49,8 abortos para cada 100 partos.

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

Apesar do aborto poder ser utilizado erroneamente como prática contraceptiva por questões sociais inerentes ao sistema vigente, em Cuba, sua prática segura mantém a Mortalidade Materna em níveis baixos quando comparados a outros países latino-americanos. No Brasil, a taxa de MM encontra-se estimada entre 91,02 e 182,04/100.000nv. Por ser o aborto considerado crime pelo código penal

e por outras deficiências do sistema de notificação das mortes maternas há enorme sub-registro das mesmas.

Procuramos, neste trabalho, comparar os Resultados de nossa mais recente Pesquisa, realizada em uma comunidade em situação de pobreza, em São Paulo, Brasil, um País em que o Aborto é ilegal em quase todas as circunstâncias (com exceção apenas dos casos de Estupro e de Risco Iminente da Vida da Mãe) com dados referentes à Cuba, País onde o Aborto é legal e seguro, dispondo de registros confiáveis.

Faltam, no Brasil, estudos epidemiológicos sobre Abortamento Clandestino, Inseguro, principalmente em populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais há um peso maior do Aborto nas taxas de mortalidade materna e onde mais se faz clara a necessidade de se trabalhar a questão do planejamento familiar preventivo, como sendo uma das principais questões estudadas pela Saúde Reprodutiva.

As ponderações acima justificam este Projeto: um estudo transversal que tem por Objetivo estimar a frequência e taxa de Abortos Clandestinos, inseguros, bem como determinar os fatores sócio-demográficos associados a tal prática, em uma população em situação de pobreza.

Nossa pesquisa foi sediada em uma comunidade da Zona Norte da cidade de São Paulo, Favela Inajar de Souza. Foram entrevistadas todas as mulheres, cerca de 400, de 15 a 54 anos nela residentes (Censo), no 2º semestre de 2005. O levantamento de dados foi efetuado por meio de entrevista estruturada, de forma direta, por entrevistadoras treinadas, no domicílio da entrevistada.

Uma análise preliminar dos resultados aponta uma alta proporção de abortos inseguros. Os dados obtidos mostram 144 abortos em uma população de 375 mulheres, afora as recusas, das quais 93 sofreram ou provocaram aborto (24,8%) com uma média de 1,6 abortos por mulher.

Foram declarados como Provocados 82 dos 144 abortos, referentes a 51 mulheres (13,6%) . Esta frequência é maior que a de outras pesquisas domiciliares realizadas na Cidade de São Paulo que encontraram, para Aborto Provocado, 8,3%, em Vila Madalena, 1986, e 4,5% na Cidade de São Paulo, em 1993 (Silva, RS). Em contrapartida, é menor que a observada em levantamento sigiloso, o que minimiza omissões, com Questionário auto-preenchido, realizado em Vila Madalena, 2000, onde se encontrou a frequência de 20,4%. Isto é sugestivo de que nossos dados possam estar subestimados.

Ambos, abortamento provocado (82 em 51 mulheres) e abortamento espontâneo (62 em 42 mulheres), apareceram como inseguros, pois em mais de 95% dos casos dos dois tipos, os abortos foram sofridos ou provocados na própria casa da entrevistada, em locais sem condições de higiene, sem assepsia, sem acompanhamento de qualquer espécie, e quando provocados, o foram ou pelas próprias gestantes (a maioria) ou por pessoas sem a mínima capacitação profissional. Dos Abortos Provocados, apenas 6 foram efetuados em Clínicas, sendo estas Clandestinas; o oposto do observado por Silva em seus levantamentos efetuados na região de Vila Madalena – de alto poder aquisitivo. A média de idade das mulheres em todos seus abortos (AE e AP) foi de 23,4 anos. A Média de Idade das mulheres no Iº Aborto Provocado foi ainda menor, de 21,6 anos, mulheres estas que tiveram como média de sua Iª gestação 17,2 anos. Em relação ao estado civil, quando dos abortos provocados, em 46,3% dos casos as mulheres estavam solteiras, em 34,1% unidas consensualmente e em 19,5% casadas. Do total de mulheres com aborto provocado, 51% estavam

sozinhas (solteiras ou separadas). Quanto ao uso de contraceptivos, as mulheres referiram o **não** uso em 70,7% dos casos à época das gestações terminadas em aborto. Encontrou-se uma média de 4,15 gestações por mulher, redundando em apenas 2,5 nascidos vivos.

Comparando-se esses resultados com Dados de Cuba (Alvarez,L, Havana,1998) temos: a fecundidade em Cuba experimentou um grande declínio a partir dos anos setenta até alcançar um nível baixo na atualidade. Segundo dados do Ministério de Saúde Pública, o número de filhos reduziu-se notavelmente de 4,7 por mulher em 1963 a 1,5 em 1992, chegando a uma das taxas de fecundidade mais baixas da América Latina. A taxa de fecundidade oficial do ano 2000 foi de 1,55. O fator preponderante no declínio da fecundidade foi a prática do Aborto.

Em trabalho da mesma autora, foram identificados como “fatores de risco” associados ao Aborto Provocado a Idade menor que 24 anos (com risco dobrado para as menores de 20 anos) e o Estado Civil solteiras, ou unidas consensualmente. Não foi encontrada associação com Cor/Etnia e, das mulheres que provocaram o aborto, 55% tinham nível pré-universitário e 5,5% eram universitárias.

Temos em comum com Cuba, quanto ao Aborto Provocado, semelhança de perfil somente em relação à Idade e ao Estado Civil (graças à desigualdade social vigente em nosso País).

Em relação aos fatores que mais contribuem para uma alta vulnerabilidade ao Aborto na população estudada (Favela Inajar de Souza/São Paulo) encontramos as seguintes Associações:

Etnia/Cor – quando comparados os grupos Com Aborto e Sem Aborto foi observada associação estatisticamente significativa ($p=0,026$) entre Aborto e Etnia/Cor, sobretudo no grupo Aborto Provocado ($p=0,014$); ou seja, no grupo AP observa-se uma maior proporção de mulheres afrodescendentes, quando comparada sua distribuição em termos de Etnia/Cor à distribuição apresentada pelo grupo Nenhum aborto.

Origem – foi observada também associação estatisticamente significativa entre Origem e Aborto ($p=0,010$); origem aqui refere-se à Migração Interna (mulheres oriundas de outros Estados, geralmente mais pobres).

Escolaridade – observou-se associação estatisticamente significativa entre Escolaridade e Aborto ($p=0,003$). Pode-se observar que nos grupos AE e AP mais de 60% das mulheres apresentaram ou analfabetismo ou 1º Grau incompleto (no grupo com AP, 74,5%), o oposto do que ocorreu no grupo sem nenhum aborto.

Conclusões:

- Algumas características das mulheres que abortam com mais frequência – jovens, fora de união estável, sem utilização de contraceptivos, etc – são análogas às das mulheres de populações com menor grau de vulnerabilidade social e poder aquisitivo mais elevado, como anotado por Silva;
- Existem associações estatisticamente significativas entre Aborto e Escolaridade, Aborto e Migração Interna , Aborto e Etnia e Aborto e Não Apoio do parceiro (questão de gênero) – o que torna esta população especialmente vulnerável ao aborto;

- **As mulheres em situação de pobreza, recorrem, como todas, comprovadamente, ao abortamento clandestino como forma de “planejamento familiar”, como denotam as taxas de Gestação, mas, somente neste grupo populacional, nota-se tão elevada taxa de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares (82,79%).**

O aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria esta realidade. A LEGALIZAÇÃO do Aborto beneficiaria, sobretudo, as mulheres pobres.

TABELAS

**NV = nascidos vivos; AE = aborto espontâneo;
AP = aborto provocado)**

COR/ETNIA

Tabela 1: Distribuição das mulheres segundo aborto e cor/etnia.

Cor / Etnia	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Branca	98 (35,0%)	10 (23,8%)	11 (21,6%)	119 (31,7%)
Negra	38 (13,6%)	5 (11,9%)	15 (29,4%)	58 (15,5%)
Parda/Mulata	144 (51,4%)	27 (64,3%)	25 (49,0%)	196 (52,3%)
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	373 (100,0%)

2 mulheres estrangeiras excluídas
p=0,026

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher foi observada associação marginalmente significativa entre cor/etnia e aborto ($p=0,062$). Como na amostra avaliada foram avaliadas duas mulheres estrangeiras, então com o objetivo de avaliarmos se essas duas mulheres estavam “influenciando” o resultado, o teste foi refeito excluindo-se essas duas mulheres da amostra, e, pode-se observar que com essa exclusão a associação que antes era marginalmente significativa agora se tornou estatisticamente significativa ($p=0,026$). A Tabela 1 apresenta a distribuição de Aborto Cor/Etnia com as 373 mulheres.

Com o objetivo de avaliarmos onde se encontram as possíveis diferenças da distribuição de aborto segundo cor/etnia foi realizada uma partição da Tabela 2, de onde se pode observar que a distribuição de cor/etnia do grupo AE não se mostrou diferente da distribuição observada para o grupo Nenhum Aborto ($p=0,297$) e da distribuição de cor/etnia para o grupo AP ($p=0,110$). Já se compararmos a distribuição de cor/etnia do grupo nenhum aborto com a do grupo AP observa-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$), ou seja, no grupo AP observa-se uma menor proporção de mulheres brancas e maior de afrodescendentes quando comparado à distribuição apresentada pelo grupo nenhum aborto; ou seja, uma maior proporção de negras e pardas (78,4%).

ORIGEM

Tabela 2: Distribuição das mulheres segundo aborto e origem.

Origem	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Nordeste	136 (48,2%)	30 (71,4%)	29 (56,9%)	195 (52,0%)
São Paulo	126 (44,7%)	8 (19,0%)	21 (41,2%)	155 (41,3%)
Outras	20 (7,1%)	4 (9,6%)	1 (1,9%)	25 (6,7%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

p=0,008

Através do Teste da Razão de Verossimilhanças foi observada associação estatisticamente significativa entre origem e aborto ($p=0,047$). Como não há diferença estatisticamente significativa da distribuição de aborto para as regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Sul, e Exterior ($p=0,265$), então essas “regiões” foram agrupadas e renomeadas como Outras. Dessa forma a distribuição de aborto segundo origem pode ser observada na Tabela 2.

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher pode-se observar associação estatisticamente significativa entre Origem e Aborto ($p=0,010$). Obs: se fosse realizado o teste da razão de verossimilhanças o valor de p é igual a 0,008, ou seja, muito próximo ao teste de Fisher.

ESCOLARIDADE

Tabela 3: Distribuição das mulheres segundo aborto e escolaridade

Escolaridade	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Analfabeta	13 (4,6%)	4 (9,5%)	3 (5,9%)	20 (5,3%)
1º Grau incompleto	126 (44,7%)	24 (57,1%)	35 (68,6%)	185 (49,3%)
1º Grau completo ou +	143 (50,7%)	14 (33,3%)	13 (25,5%)	41 (10,9%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

p=0,003

Através da Generalização do Teste Exato de Fisher pode-se observar associação estatisticamente significativa entre escolaridade e aborto ($p=0,003$). Observando-se a Tabela 3 nota-se que os grupos AE e AP apresentaram distribuição semelhante da escolaridade o que foi ratificado através da Generalização do Teste Exato de Fisher ($p=0,475$), ou seja, o grupo nenhum aborto apresentou distribuição de escolaridade diferente da apresentada pelos grupos AE e AP ($p=0,001$). Pode-se observar que o grupo nenhum aborto apresentou mais de 50% das mulheres com escolaridade maior ou igual ao 1º Grau completo (mais de 8 anos de estudo) enquanto que nos grupos AE e AP observou-se que mais de 50% das mulheres apresentaram 1º Grau incompleto (até 5 anos de estudo)

No Total temos 375 mulheres: 278 com Gestação e 97 sem gestação.

Os próximos Resultados são baseados no grupo de mulheres com gestação, portanto 278 mulheres com NV (nascidos vivos), AE (aborto espontâneo) ou AP (aborto provocado).

IDADE no 1º Evento (nascimento ou aborto) por Quinquênios

Tabela 4: Distribuição das Mulheres com Gestação segundo aborto e Idade

Idade (anos)	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	Espontâneo	Provocado	
13 a 14	8 (4,4%)	3 (7,1%)	4 (8,0%)	15 (5,5%)
15 a 20	105 (58,4%)	13 (31,0%)	21 (42,0%)	139 (51,1%)
21 a 25	41 (22,8%)	13 (31,0%)	11 (22,0%)	65 (23,9%)
26 a 30	18 (10,0%)	7 (16,6%)	10 (20,0%)	35 (12,9%)
31 a 35	8 (4,4%)	1 (2,4%)	3 (6,0%)	12 (4,4%)
36 a 40	-	5 (11,9%)	1 (2,0%)	6 (2,2%)
Total	180 (100,0%)	42 (100,0%)	50 (100,0%)	272 (100,0%)

Teste da Razão de Verossimilhanças – p = 0,001

Não responderam = 6 mulheres

No grupo NV, 62,8% das mulheres apresentou seu primeiro evento (parto) entre 13 e 20 anos. No grupo AP, 50% das mulheres provocaram seu primeiro aborto até os 20 anos.

NV = nascido vivo; AE = aborto espontâneo; AP = aborto provocado

Estado Civil

Tabela 5: Distribuição das mulheres segundo aborto e estado civil na época do 1º evento.

Estado civil à época do 1º evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Solteira	45 (24,9%)	7 (16,7%)	24 (47,1%)	76 (27,7%)
Casada	80 (44,2%)	17 (40,5%)	9 (17,6%)	106 (38,7%)
Vivia junto	56 (30,9%)	17 (40,5%)	16 (31,4%)	89 (32,5%)
Separada	-	1 (2,4%)	2 (3,9%)	3 (1,1%)
Total	181 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	274 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p < 0,001$
4 mulheres não responderam

De acordo com a Tabela 5, pode-se observar que enquanto no grupo aborto provocado aproximadamente 51% das mulheres apresentou estado civil = solteira ou separada na época do evento, nos grupos sem aborto e aborto espontâneo essa proporção era cerca de 25% e 17%, respectivamente. Através de uma partição da tabela acima verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa da distribuição do estado civil na época do 1º evento nos grupos sem aborto e aborto espontâneo ($p=0,145$). Ou seja, o grupo aborto provocado apresentou distribuição do estado civil na época do 1º evento distinta da apresentada pelos grupos sem aborto e aborto espontâneo ($p<0,001$). Note-se que as “casadas” apresentam menor recorrência ao AP, o que facilita a reprodução.

Uso de Contraceptivo

Tabela 6: Distribuição das mulheres segundo aborto e uso de contraceptivo na época do 1º evento

Uso de contraceptivo à época do evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	129 (71,3%)	33 (78,6%)	33 (64,7%)	195 (71,2%)
Sim	52 (28,7%)	9 (21,4%)	18 (35,3%)	79 (28,8%)
Total	181 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	274 (100,0%)

Teste Qui-Quadrado – $p = 0,339$

Não responderam: 4 mulheres

De acordo com a Tabela 6, pode-se observar que nos três grupos avaliados a maioria das mulheres não utilizava contraceptivos na época do 1º evento. Não houve associação estatisticamente significativa entre uso de contraceptivo na época do evento e aborto ($p=0,339$) por esse motivo, ou seja, mais de 70% das mulheres nesta população não fazia uso de contraceptivo.

Quando considerados todos os Eventos, à época de suas gestações, temos:

Não uso: – NV = 63,3% AE = 83,8% AP = 70,8%

Tabela 7: Distribuição das mulheres segundo aborto e aceitação total do aborto

Aceitação aborto	total	Aborto			Total
		Nenhum	AE	AP	
Não	264 (94,3%)	40 (95,2%)	39 (79,6%)	343 (92,5%)	
Sim	16 (5,7%)	2 (4,8%)	10 (20,4%)	28 (7,5%)	
Total	280 (100,0%)	42 (100,0%)	49 (100,0%)	371 (100,0%)	

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p = 0,006$

Não responderam = 4 mulheres

***Tabela 7:-** SIM = Sempre, quaisquer que sejam os motivos e

NÃO = Nunca e/ou por motivos previstos em Lei

Para o Total de Mulheres, observa-se através da Generalização do Teste Exato de Fisher uma associação estatisticamente significativa, com $p=0,006$, entre os grupos e aceitação total do aborto; nota-se uma proporção maior de mulheres do grupo AP que refere aceitação total do aborto.

Condições do EVENTO por ocasião do mesmo

Tabela 8: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e condições do evento (onde o mesmo ocorreu)

Condições do evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Casa	8 (4,5%)	39 (92,9%)	43 (84,3%)	90 (33,1%)
Hospital	171 (95,5%)	1 (2,4%)	2 (3,9%)	174 (64,0%)
Clínica	-	-	4 (7,8%)	4 (1,5%)
Outros	-	2 (4,8%)	2 (3,9%)	4 (1,5%)
Total	179 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	272 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – $p < 0,001$

Não responderam: 6 mulheres de NV

De acordo com a Tabela 8 pode-se observar que enquanto no grupo sem aborto a maioria dos eventos (parto) se deu no Hospital, em aproximadamente 95% dos

casos, nos grupos aborto espontâneo e aborto provocado o evento foi realizado ou sofrido em Casa. Através da Generalização do Teste Exato de Fisher verificou-se associação estatisticamente significativa entre condições do evento e grupos ($p < 0,001$). Ou seja, a distribuição da condição do evento dos grupos aborto espontâneo e aborto provocado não se diferenciou estatisticamente ($p = 0,377$), porém ao comparar a distribuição desses grupos com a apresentada pelo grupo sem aborto houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Decisão conjunta por ocasião do EVENTO (apoio do parceiro)

Tabela 9: Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e decisão conjunta em relação ao evento

Decisão conjunta para o evento	Aborto			Total
	Nenhum (NV)	AE	AP	
Não	35 (19,3%)	15 (57,7%)	38 (86,4%)	88 (35,1%)
Sim	146 (80,7%)	11 (42,3%)	6 (13,6%)	163 (64,9%)
Total	181 (100,0%)	26 (100,0%)	44 (100,0%)	251 (100,0%)

Teste Qui-Quadrado – $p < 0,001$

Não responderam: NV=4 AE=16 AP=7

De acordo com a Tabela 9 observou-se que entre as mulheres sem aborto (ou com NV) a decisão foi conjunta para aproximadamente 81% delas, enquanto que nos grupos aborto espontâneo e aborto provocado a maioria das mulheres relataram que a decisão não foi conjunta (58% e 86%, respectivamente); não houve apoio dos parceiros. Através do Teste Qui-Quadrado verificou-se associação estatisticamente significativa entre decisão conjunta (sim ou não) e grupos ($p < 0,001$).

Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada

Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana [monografía en la Internet]. Nueva York: Alan Guttmacher Institute; 1994 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en:

http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_AGISP.pdf

Alan Guttmacher Institute. Aborto inducido a nível mundial. New York: Alan Guttmacher Institute; 1999.

Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. Int Fam Plan Perspect [periódico na Internet]. 2001 [citado 2006 Jul 13]:27(Português):10-37. Disponível em:

<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701001P.pdf>

Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2004 Set 20-24; Caxambu, MG. Campinas (SP): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004.

Boemer MR, Mariutti MG. La mujer en situación de aborto: um enfoque existencial. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(2):59-71.

Boletín Estadístico del Ministerio de Salud Pública. Habana: Dirección General de Estadísticas, Ministerio de la Salud Pública; 1993.

Boonstra HD, Gold RB, Richards CL, Finer LB. Abortion in women's lives [monograph on the Internet]. New York: Alan Guttmacher Institute; 2006 [cited 2006 July 13]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>

Brasil. Código Penal: Decreto lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969. 4a ed. São Paulo: Saraiva; 1971.

Cabezas-Garcia E, Langer-Glass A, Alvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. Salud Publica Mex. 1998;40(3):265-71.

Camarano AA, Beltrão KL. Dinâmica demográfica por nível de renda. Rev Bras Estud Popul [periódico na Internet]. 1995 [citado 1996 Jul 13];12(1/2):[cerca de 16 p.]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/r12/camarano.doc

Castro MG, Abramovay M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. Cad Pesqui. 2002;(116):143-76.

Comunicación e Información de la Mujer. El aborto em Cuba, uma decisión personal. Cimacnoticias [periódico en la Internet]. 2003 Oct 28 [citado 2006 Jul 13]:[cerca de 2 p.]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03oct/03102803.html>

Costa ARR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(7):455-62.

Farmer P, Furin J. Sexe, drogue et violences structurelles: les femmes et le VIH. J Anthropol. 1997;(68/69):35-47.

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.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. A fecundidade da mulher paulista. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1994.

Fusco CLB. Projeto-Comunidade Favela Inajar: contribuição à redução da contaminação pelo HIV entre mulheres jovens e adolescentes. In: Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS; 2001 Set 10-13; Cuiabá, MT. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 611-12.

Fusco CLB. Vulnerabilidade da mulher às DST/HIV/AIDS e violências estruturais [resumo]. In: V Fórum Social Mundial; 2005 Jan 26-31; Porto Alegre, RS. Porto Alegre: Equipo Porto Alegre 2005 Info Team; 2005.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl:103-12.

Haddad N, Silva MB. Mortalidad femenina em idade reproductiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. Rev Saúde Pública. 2000;34(1):64-70.

Hakkert R, Martine G. Population, poverty and inequality: a Latin-American perspective. In: Population and poverty: achieving equity, equality and sustainability [monograph on the Internet]. New York: United Nations Population Fund; 2003 [cited 2006 July 13]. p. 101-25. [Series Population and Development Strategies, 8]. Available from: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/191_filename_PDS08.pdf

Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. Cad Saúde Pública. 1992;8(4):454-8.

Henshaw SK. Induced abortion: a world review, 1990. Fam Plann Perspect. 1990;22(2):76-89. Erratum in: Fam Plann Perspect. 1990;22(3):114.

Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. Fam Plann Perspect. 1998;30(1):24-9, 46.

Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. Int Fam Plann Persp. 1999;25(Suppl):S30-8.

Human Rights Watch. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina [monografía en la Internet]. New York: Human Rights Watch; 2005 Jul [citado 2006 Jul 13]. Disponible en: <http://hrw.org/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>

Juarez F, Cabigón J, Singh S. Unwanted pregnancies in the Philippines: the route to induced abortion and health consequences [abstract]. In: XXV International Population Conference of the IUSSP, 2005 July 18-23; Tours, FR. Princeton (NJ): Princeton University; 2005.

Langer A. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(3):192-204.

Leon IM, coordinador. Aborto. In: Leon IM, coordinador. Violencia familiar, violencia sexual, aborto, derechos reproductivos [monografía en el Internet]. Lima: Flora

Tristán Centro de la Mujer Peruana; 2003 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en:
http://www.flora.org.pe/pdfs/violencia_fam_sex_aborto_der_reprod.pdf

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores da edição Brasileira. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: ABIA; 1993. p. 275-300.

Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto CS. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. Cad Saúde Pública. 1991;7(2):251-66.

Melo HP. Gênero e pobreza no Brasil: relatório final do projeto Governabilidad democrática de gênero en América Latina y el Caribe [monografia na Internet]. Brasília: Comissão Econômica para América Latina Caribe; 2005 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em: http://200.130.7.5/spmu/docs/GEneroPobreza_Brasil04.pdf

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Morte materna: uma tragédia que pode e deve ser evitada. Cunhary Inf [periódico na Internet]. 2004 Abr/Jun [citado 2006 Jul 13];(56):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>

Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Derechos reproductivos y salud reproductiva, párrafo 7.2. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995a. p. 37. [A/CONF-171/13/Rev.1].

Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, párrafo 8.25. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995b. p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1].

Olinto MT, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. Cad Saúde Publica. 2006;22(2):365-75.

Oliveira F. Um olhar feminista sobre o Cairo + 10. In: Caetano AJ, Alves JED, Corrêa S, organizadores. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas (SP): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. p. 59-70.

Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud [monografía en la Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en:
http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf

Osis MJD, Hardy EE, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. Rev Saúde Pública. 1996;30(5):444-51.

Pérez Santos R, Fabre Pérez JA, Rodríguez J, Harada L, Sardain G, García N. Algunos factores que inciden en la interrupción tardía de la gestación. Rev Cuba Obstet Ginecol. 1988;14(4):64-70.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê aborto inseguro: direito de decidir sobre o aborto: uma questão de cidadania e democracia. In: Saúde da mulher e direitos reprodutivos. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001a.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê mortalidade materna. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001b.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Aborto: mortes preveníveis e evitáveis: dossiê. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2005.

Requena M. Problem of induced abortion in Latin America. Demography. 1968;5(2):785-799.

Rocha MIB, Andalaft Neto J. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquo ES, organizadora. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 257-318.

Santee BA. Prospective abortion study in Santiago, Chile. In: Pan American Health Organization. Epidemiology of abortion and practices of fertility regulation in Latin America: selected reports. Washington (DC): Pan American Health Organization; 1975. p. 30-8. [Scientific Publication, 306].

Schor N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 1990;24(2):144-51.

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.

Silva RS. Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 1998a;32(1):7-17.

Tietze C, Henshaw SK. Induced abortion: a world review. 6a ed. Nova York: Alan Guttmacher Institute; 1986.

Tietze C. Induced abortion, 1979. 3rd ed. New York: Population Council; 1979.

Torre G. Leyes restrictivas favorecen el aborto clandestino. Cimaconoticias [periódico en la Internet]. 2005 sept 20 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en: <http://www.cimaconoticias.com/noticias/05sep/05092009.html>

Ventura M, organizadora. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: Advocaci; 2003 [citado 2006 Jul 13]. Disponível em: http://www.advocaci.org.br/EnglishVersion/DSDR_portugues.pdf

Villela W. Análise da implementação do Cairo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas; 2006.

Volochko A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: Berquo ES, organizadora. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 229-53.

Werneck J. A vulnerabilidade das mulheres negras. J Rede Fem Saúde. 2001;(23):53-8.

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

World Health Organization. Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems [monograph on the Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2006 July 13]. Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

Wulf D, Singh S. Panorama general del aborto clandestino em América Latina. New York: Alan Guttmacher Institute; 1996.