

Prevalência e características do aborto provocado: uma análise derivada de 9 inquéritos populacionais¹

Rebeca de Souza e Silva
Carmen Fusco

Resumo

A partir dos dados coletados em 9 inquéritos populacionais - 8 especificamente sobre aborto provocado e 1 sobre comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes de ambos os sexos - entre 1987 e 2008 em distintas regiões da Cidade de São Paulo, Brasil, busca-se entender a relação existente entre os níveis sócio econômico, de fecundidade e de aborto provocado. O principal achado é o de que na medida em que a fecundidade declina, o nível de aborto provocado se reduz substancialmente.

Agradecemos ao CNPq pelo apoio financeiro à realização de 5 inquéritos domiciliares e a CDHU pelo apoio logístico na execução de 2 inquéritos domiciliares

Introdução

¹ Trabalho apresentado no IV Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Havana, Cuba de 16 a 19 de Novembro de 2010.

Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, 1994, pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro é reconhecido como um grave problema de Saúde Pública (parágrafo 8.25) (Naciones Unidas 1995). Na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, 1995, além de tal conteúdo ter sido reafirmado, foi acrescentada a recomendação de que os países revisassem as leis que contêm medidas punitivas contra as mulheres que se submeterem a abortamentos ilegais (parágrafo 106k) (United Nations 1995). Assim é que, em 2000, o documento final de Pequim +5 incorpora o texto do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim, enfatizando a necessidade de revisão das leis que propõem a punição da prática do aborto ilegal (Unites Nations 2000; Fusco 2006).

Transcorrida mais de uma década, contudo, no Brasil e na maior parte da América Latina, o aborto inseguro é, ainda, um grave problema de Saúde Pública e sua solução um desafio a exigir medidas urgentes que passam, inevitavelmente, pela descriminalização do aborto (Fusco 2006; Fusco, Andreoni & Silva 2008). Com efeito, tem sido reiteradamente comprovado que o número de mortes causadas por aborto só é elevado nos países onde o aborto é ilegal, especialmente quando praticado por pessoas não qualificadas e/ou em precárias condições de higiene (Henshaw et al. 1982).

Não é à toa, portanto que, na América Latina, o aborto provocado é uma das principais causas de mortalidade materna, senão a principal (Puffer & Griffith 1967; Organización Panamericana de La Salud 2004; Laurenti et al. 1990; Laguardia, Rotholz & Belfort 1990; Salter, Johnston & Hengen 1997).

O Código Penal brasileiro, em sua Parte Especial, Título I, “Dos Crimes Contra A Pessoa”, em seu Capítulo I, “Dos Crimes Contra A Vida”, penaliza o aborto, logo após os crimes de Homicídio, do art. 124 ao art. 128, sendo que neste último admite o aborto, praticado por médico, em dois únicos casos, a saber: I - quando é o único recurso para evitar a morte da gestante (aborto necessário); e II - se a gravidez resultou de estupro (aborto sentimental) (Fusco 2006; Brasil 1971).

Essa legislação, ao estar em descompasso com a realidade, é descumprida sistematicamente. Não é preciso muita argúcia, para se constatar que as clínicas clandestinas são bastante toleradas e que a penalização da mulher e/ou da pessoa que o pratica poucas vezes é

implementada. Tem-se, portanto, uma “condição de clandestinidade” mediante a qual a grande maioria dos abortos se dá de forma insegura (Fusco 2006; Fusco, Andreoni & Silva 2008). Como é sabido, a maior parcela das mulheres não dispõe de recursos financeiros para recorrer a essas clínicas particulares.

Como consequência desse caráter ilegal ou clandestino, a mensuração do aborto provocado é fortemente permeada por omissão voluntária ou errônea. O episódio ou é deliberadamente omitido, ou é referido como espontâneo. Se por um lado a omissão deliberada compromete severamente a mensuração do nível de ocorrência do aborto provocado, por outro não chega a distorcer sua tendência.

A análise conjunta dos três primeiros inquéritos realizados por Silva, em duas áreas geográficas da Cidade de São Paulo, Brasil, entre 1987 e 2000, permitiu constatar que a prevalência de mulheres com aborto provocado é mais elevada entre as mulheres de alta renda familiar, entre as favoráveis à prática, e entre as solteiras e usuárias de método contraceptivos não eficazes no momento da entrevista (sobretudo o condom). Verificou-se, ainda, que uma interação entre aceitar a prática do aborto, ser solteira e escolaridade, revela que as mulheres solteiras com maior escolaridade recorrem mais ao aborto, mesmo sendo contrárias a tal prática (Maldonado 2006; Andreoni & Silva 2010). Em suma, estar no início da vida reprodutiva e ter uma condição social privilegiada favoreciam a opção pelo aborto provocado, mesmo entre as mulheres que se revelaram contrárias à realização da prática do aborto.

Como bem salientou Tietze (1987), a maior parte dos abortos provocados verificados no mundo ocorre, exclusivamente, pelo fato de não se desejar que a gravidez chegue a termo. Em suma, o aborto é utilizado como um meio contraceptivo, quer seja pelas poucas alternativas de métodos contraceptivos, quer pela ineficácia de alguns deles, ou ainda pelos danos que os métodos tidos como mais eficazes acarretam à saúde da gestante.

Nas três pesquisas referidas acima ficou evidenciado que o aborto é utilizado, sobretudo, por falta de oferta de métodos contraceptivos apropriados ao início da vida sexual. Ao ser atingida a fecundidade desejada, a esterilização torna-se a opção mais segura. Ou seja, o aborto provocado aparece com grande vigor como meio de controle da fecundidade, para se postergar a maternidade, e a esterilização feminina, como a fórmula mágica para garantir que a prole seja mantida dentro do limite desejado.

Isso resulta das alterações nos padrões sociais, econômicos, políticos e culturais, entre outros fatores, que têm levado à substituição do ideal de famílias numerosas pelo de famílias menores (Andreoni & Silva 2010; Silva 1992).

Nosso desafio, agora, é o de ampliar o entendimento da dinâmica do aborto provocado, pautando-nos nos resultados encontrado em 9 inquéritos domiciliares, sendo os 6 últimos efetivados entre 2005 e 2009, período em que a fecundidade da mulher paulistana encontra-se, via de regra, abaixo do nível de reposição. Com efeito, segundo os dados da FSEADE, à exceção das mulheres com renda inferior a 0,5 salário mínimo, as demais apontam um valor próximo de 2 filhos por mulher (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados 2008).

Hipótese

Na última década, uma maior distribuição de métodos contraceptivos, aliada a uma maior campanha de cuidados com a saúde reprodutiva, leva a uma menor recorrência ao aborto provocado, particularmente em populações fora da situação de pobreza.

Quadro Conceitual

Segundo a OMS, somente em alguns dos países onde o aborto é legalizado dispõe-se de registros que oferecem informações completas e fidedignas acerca de sua ocorrência — ou seja, as estatísticas oficiais sobre o número de abortos legais não se encontram completamente livres de imperfeições (Organización Mundial de la Salud 1978). Ademais, mesmo nesses países, estudos que requeiram entrevistas domiciliares para melhor caracterização do fenômeno defrontam-se, também, com a omissão de informação básica. Singh e Wulf (1991), por exemplo, citam que pesquisas realizadas nos Estados Unidos evidenciaram que 50% das mulheres que recorrem ao abortamento legal omitem-no quando questionadas diretamente.

Os aspectos culturais, éticos e/ou morais que envolvem essa questão constituem, indubitavelmente, o maior entrave com que se deparam os estudos sobre o aborto provocado.

O Brasil, seguramente, é um dos países que possui estatísticas mais deficitárias nessa área. As poucas disponíveis provêm, em geral, de levantamentos hospitalares. Segundo a OMS, é muito difícil calcular, com um grau razoável de exatidão, que porcentagem do total de abortos

requer hospitalização, além de variar, seguramente, entre e dentre as regiões do país (Organización Mundial de la Salud 1970). Agregando-se a isso o fato de que a classificação de um aborto em provocado ou espontâneo depender de critérios subjetivos, podendo, inclusive, ser deliberadamente falsa, evidencia-se a impossibilidade de generalizar-se esse tipo de dado para a população como um todo.

As pesquisas domiciliares, retro ou prospectivas, mais indicadas para a caracterização do aborto ilegal, são raríssimas no Brasil, não só pelo seu alto custo, mas fundamentalmente pela extrema dificuldade em se obter respostas fidedignas.

Dois de nossos levantamentos procuraram preencher lacunas acerca deste tema, investindo-se, de forma inédita no país, numa metodologia de pesquisa conhecida no meio científico, como Técnica de Resposta ao Azar (TRA)(Silva 1990). A esta técnica atribui-se, há muito, o mérito de melhorar a estimativa do aborto provocado ao possibilitar que a entrevistada forneça a informação de interesse sem que sua privacidade seja desvendada pelo pesquisador. Em essência, essa técnica consiste em oferecer à entrevistada a possibilidade de se responder a uma de duas questões formuladas, sem que o pesquisador saiba quais das questões está sendo contestada (Andreoni, Silva; 2010; Silva 1990).

Muito embora a análise aqui desenvolvida se refira apenas às informações coletadas mediante questionamento direto, convém esclarecer que é exatamente a TRA que dá credibilidade aos resultados apresentados (Warner 1965).

Mais precisamente, naquelas duas pesquisas, o confronto dos resultados obtidos pela TRA com os derivados da abordagem direta — que são aqui analisados — permitiu diagnosticar que a omissão do aborto provocado embora expressiva, não compromete a caracterização do perfil de mulheres que recorrem a tal prática. Ou seja, não obstante o fato de 80% das mulheres omitirem a realização de aborto(s) quando questionadas diretamente — essa cifra de omissão emerge nas duas pesquisas domiciliares, tomando-se como verdadeira a porcentagem de aborto detectada pela TRA, — pode-se confiar nas tendências detectadas sobre o aborto provocado, delineadas através da pergunta usual, explícita.

Material

Teve-se a oportunidade de realizar 9 pesquisas domiciliares, em São Paulo, Brasil, que permitem avaliar a prevalência e as características de mulheres com aborto provocado. As 3 pesquisas iniciais estiveram a cargo exclusivo de Silva (1992, 2005). As demais pesquisas foram realizadas em parceria com outros pesquisadores mas foram conduzidas praticamente nos mesmos moldes metodológicos. Em todas as pesquisas que demandaram a realização de amostragem, por exemplo, foi empregado o mesmo critério de sorteio da unidade amostral, nos moldes do estabelecido pela OMS para a avaliação de cobertura vacinal e que possui a vantagem de produzir estimativas compatíveis com as obtidas na amostragem casual simples. Duas pesquisas foram pautadas na entrevista do total de residentes e, portanto, dispensaram esses cuidados. Os 9 levantamentos domiciliares possuem um núcleo comum de questões de sorte a propiciar a comparabilidade de pontos fundamentais. Porém, somente nos dois primeiros levantamentos domiciliares, a disponibilidade de recursos financeiros permitiu que se trabalhasse com 2 amostras complementares de mulheres em idade fértil. Nessas 2 pesquisas, em ambas as amostras, as informações sobre a “história das gestações”, incluindo a indução de algum aborto, foram coletadas por via de questionamento direto (QD) e da mesma exata maneira. A ocorrência de um aborto provocado no ano anterior ao da pesquisa – note-se que dificilmente uma mulher aborta mais de uma vez no período de um ano calendário - foi, contudo, abordada de maneira distinta em cada uma das duas amostras. Numa amostra, a informação foi coletada igualmente mediante questionamento direto e, na outra, foi coletada através de questionamento indireto, lançando-se mão da Técnica de Resposta ao Azar (TRA). Mais especificamente, a entrevistada respondia “sim” ou “não” a uma de 2 possíveis perguntas, sendo uma delas referente à realização de algum aborto no último ano e a outra referente a ter nascido no mês de abril, sem que a entrevistadora tivesse conhecimento de qual das 2 questões estava sendo respondida. O propósito era o de mensurar a magnitude da subinformação de aborto provocado quando obtido diretamente. Ambos os estudos revelaram uma subestimação da ordem de 80%; isto é, 4 a cada 5 mulheres omitem deliberadamente a indução de aborto(s) voluntário quando questionadas diretamente. No entanto, a omissão não é diferente por grupos, ou sub-grupos, de mulheres. Solteiras, casadas, jovens, usuárias de contraceptivos, ou multíparas omitem igualmente a prática se questionadas diretamente. Na verdade, ficou comprovado que, embora não se possa confiar no nível de ocorrência do aborto provocado, isto é, se são 5, 10, 20 ou 30% das mulheres que recorrem a tal prática no transcorrer de suas vidas reprodutivas, pode-se confiar plenamente nas tendências derivadas de estudos transversais, posto que, a despeito da referida omissão, o grupo, ou os grupos, mais

propenso(s) a abortar é, ou são, o(s) mesmo(s). Com base nesse achado, e também por contenção de verbas, as demais pesquisas foram realizadas com base em uma única amostra.

A primeira pesquisa foi realizada em 1986, no então subdistrito de Vila Madalena, da Cidade de São Paulo (Silva 1992). Uma região de classe alta – mais precisamente, com renda familiar mediana de cerca de 10 salários mínimos na época da entrevista - e uma média de filhos por mulher em idade fértil igual a 2, ou seja, de baixa fecundidade para a época. Contou com a participação de 2000 mulheres em idade fértil, metade em cada amostra. A segunda pesquisa foi realizada em 1993, em toda a Cidade de São Paulo (Silva 2005), e as entrevistadas – 900 em cada amostra - referiam uma renda familiar mediana de pouco menos de 5 salários mínimos, e uma média de 2,3 filhos por mulher. Ou seja, um padrão compatível com a classe média..

O terceiro levantamento domiciliar foi realizado em 2000, na mesma região geográfica percorrida em 1986 – antigo subdistrito de Vila Madalena (Silva 2002). Nessa ocasião, observou-se que a média de filhos por mulher em idade fértil era de 1,5. Foram entrevistadas 900 mulheres em idade fértil, mediante questionamento indireto (QI) – mais precisamente por questionário auto-preenchido.

Em 2005, sob a coordenação de Fusco (2006), o terceiro inquérito populacional foi realizado com um total de 375 mulheres, entre 15 e 54 anos de idade, residentes na Comunidade Favela Inajar de Souza. A renda familiar mediana dessas mulheres encontrava-se ao redor de 2,5 salários mínimos, com renda per capita (RPC) menor que 1,4 SM, e a média de filhos por mulher de 2,3, produzindo uma taxa Proxy de fecundidade de 1,6. Efetivamente, uma população pobre.

Em 2007, dentro de um projeto maior do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, coordenado por Ramos LR, pudemos avaliar a questão do aborto provocado em outras 2 populações. Numa, entre 900 mulheres, de 15 a 59 anos de idade, residentes no sub-distrito de Vila Mariana – região de classe econômica alta – e, noutra, dentre 300 mulheres da mesma faixa etária, residentes na região de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) Milton Santos, situado no subdistrito da Saúde – região de classe média. Os resultados relativos a região de Vila Mariana foram analisados na dissertação de mestrado de Carneiro (2009).

Por fim, em 2009, voltamos a percorrer toda a Cidade de São Paulo e entrevistando 1200 mulheres entre 15 e 59 anos de idade. Simultaneamente, entrevistamos 1000 mulheres, da mesma faixa etária, residentes na Favela México 70, na Cidade de São Vicente, no Estado de São Paulo.

Nos últimos estudos mencionados, ficou evidenciado que o comportamento do aborto provocado entre as mulheres de 15 a 49 anos de idade era similar ao das mulheres de 15 a 59 anos de idade. Assim sendo, por mera simplificação desta apresentação, denominaremos mulheres em idade fértil o conjunto de mulheres alvo dos estudos, independentemente de o limite superior ser 49, 54 ou 59 anos de idade.

Paralelamente, em 2008, realizamos uma pesquisa sobre comportamento sexual e reprodutivo, dentre 257 jovens, entre 15 e 24 anos de idade, 134 mulheres e 123 homens, residentes na Favela Inajar de Souza, e tivemos a oportunidade de avaliar, secundariamente, o comportamento do aborto provocado também nesse segmento populacional.

Resultados

O exame cuidadoso dos resultados obtidos nos referidos 9 inquéritos domiciliares permitiu constatar que os últimos 25 anos foram marcados por uma transição do aborto provocado atrelada, sobretudo, à oferta de métodos contraceptivos, e com nítido reflexo nas mudanças dos padrões de fecundidade (Silva 2005). Mais precisamente, houve uma queda acentuada nos níveis de aborto provocado, iniciada pelo segmento da população de maior poder aquisitivo, que já havia optado mais precocemente por uma fecundidade reduzida num período de maior adentramento da mulher no mercado de trabalho, porém no qual a oferta de métodos contraceptivos era mais reduzida – pela existência de um menor número de produtos anticoncepcionais disponibilizados ainda de maneira menos eficaz que nos dias atuais – segmento esse que, por conseguinte, convivera com os níveis mais elevados de recorrência ao aborto provocado. A faixa populacional de renda intermediária começou a se preocupar em manter níveis mais baixos de fecundidade tempos depois, quando programas de planejamento familiar já estavam sendo implantados no Estado de São Paulo e, com isto, de maneira análoga à classe social mais abastada, apresentou importante decréscimo nos níveis de aborto provocado na medida em que o acesso aos métodos contraceptivos se vê mais difundido. O

estrato populacional de renda mais baixa só mais recentemente tem buscado reduzir sua fecundidade. Constatase que a população pobre não tem poupado esforços para equiparar seus níveis de fecundidade ao das outras camadas populacionais, a julgar pelo intenso mercado clandestino de misoprostol, em farmácias e/ou pontos de venda de drogas. Embora o desejo de manter a fecundidade em patamares mais baixos coincida com o período de maior difusão de métodos contraceptivos, essa população em situação de pobreza tem acesso limitado a eles e/ou limitações na observação do uso correto dos mesmos. Esse descompasso entre o acesso a contraceptivos, ou seu uso inadequado, e a atual demanda por uma baixa fecundidade acaba por imprimir à classe pobre uma alta recorrência ao aborto provocado – ao menos superior ao observado na classe média - em condições precárias de higiene, sem a presença de profissionais de saúde habilitados, determinando uma alta taxa de complicações para a mulher. Na Favela Inajar de Souza, por exemplo, 94% das mulheres que provocaram algum aborto referiram algum tipo de complicação pós-aborto, sobretudo hemorragia (Fusco 2006). Contudo, tomando-se em consideração os baixos níveis de fecundidade já apresentados pela população pobre, aliados à facilitação do acesso aos métodos contraceptivos e à observância a seu uso correto, é de se supor que, num breve futuro, os níveis de aborto provocado encontrar-se-ão em patamares mais baixos, independentemente de classe social. Em outras palavras, a ocorrência de aborto provocado tenderá a níveis mais baixos, em todos os estratos sociais, de forma análoga ao verificado com os níveis de fecundidade em São Paulo.

Em consonância com essa teoria sobre a dinâmica do aborto provocado observava-se, em meados da década de 80, que a prática era adotada sobretudo por mulheres jovens, solteiras, sem filhos, usuárias de métodos contraceptivos não eficazes e mais escolarizadas (Silva 1992). Passada mais de uma década, as maiores prevalências de mulheres com aborto provocado ocorriam entre as solteiras e sem filhos, seguidas apenas de longe pelas usuárias de métodos contraceptivos não eficazes e mais escolarizadas. Em suma, na medida em que os métodos contraceptivos passaram a ser mais difundidos, eles perderam, juntamente com o status socioeconômico, o poder na explicação de uma maior recorrência ao aborto provocado (Silva 1992). Ocorre que, ao menos em populações não em situação de pobreza, uma gravidez indesejada passa a ser prevenida principalmente pelo uso de contraceptivos, reduzindo, assim, a necessidade da opção por um aborto provocado no afã de evitar um nascimento indesejado/ou não planejado.

Atualmente, entre as populações não pobres, o que se verifica é que as maiores prevalências de aborto provocado estão associadas, independentemente do status socioeconômico, da idade, da situação conjugal e do tipo de método contraceptivo utilizado, somente às mulheres sem nascimentos vivos (Silva & Vieira 2009). Ou seja, o início da vida reprodutiva passa a ser o fator de maior peso na explicação de uma maior recorrência ao aborto. Portanto, antes de a mulher ter um nascimento vivo, quer seja aos 20, 30 ou 40 anos de idade, é que se dá majoritariamente a opção pelo aborto provocado. Seguramente, entre as mais jovens, uma das justificativas desse comportamento é a de que, nessa etapa de vida, as mulheres lançam mão, basicamente, da “camisinha” (condom) para controlar a fecundidade. De um lado, porque desta forma previnem, além de uma gestação indesejada, a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a SIDA; por outro, porque fogem do risco de infertilidade atribuído ao DIU, bem como da obrigatoriedade do uso diário dos contraceptivos orais, e de seus indesejáveis efeitos colaterais. Adicionem-se a esses argumentos as mudanças sociais que envolvem os relacionamentos afetivos, cada dia mais imprevisíveis, tanto no que diz respeito ao tempo de duração quanto ao momento de sua formalização – jovens adultos tendem a morar mais tempo com os pais e a adiar a formação da própria família, particularmente nas classes sociais não pobres.

Como exemplo, no inquérito realizado em 2006, no sub-distrito de Vila Mariana, a média de idade entre as mulheres sem filhos foi de 31 anos e a média de filhos por mulher em idade fértil de 0,9. Portanto, menos de 1 filho por mulher somente. Ainda, a prevalência de mulheres com aborto provocado, de 6,3%, mostrou-se fortemente associada estatisticamente às mulheres sem filhos nascidos vivos.

Por outro lado, na Favela Inajar de Souza, em 2005, verificou-se que a maior prevalência de mulheres com aborto inseguro ocorreu entre mulheres de etnia negra, de cor preta, com baixa escolaridade, solteiras, de renda mais baixa. A adesão ao uso de contraceptivos apresentou-se, também, bastante abaixo do esperado. Ou seja, o aborto provocado aparecia, ainda, como mecanismo de regulação da fecundidade e de forma mais expressiva entre as mulheres mais pobres dentre as pobres (Fusco, Andreoni & Silva 2008). Não obstante, os dados obtidos na Favela México 70, em 2009, embora preliminares, mostram que as mulheres sem filhos nascidos vivos provocam proporcionalmente mais abortos. Em outro contexto, pois, 4 anos após, também entre mulheres pobres, coube às mulheres sem filhos a maior recorrência ao aborto provocado. Assim, tal como em populações não pobres, a tendência de comportamento

do aborto provocado, em população pobre, mostrou-se semelhante. Alguns argumentos que enfatizam esse padrão de comportamento do aborto provocado: primeiro, o confronto dos níveis de ocorrência de aborto provocado, observados em 1993 e 2008, (Souza 2010) quando da realização das pesquisas da Cidade de São Paulo, evidencia uma redução expressiva na recorrência ao aborto provocado. De fato, em 1993, 6,8% das mulheres declararam espontaneamente ter provocado algum aborto no transcorrer da vida reprodutiva; em 2008, essa proporção se reduz em cerca de 30% , passando a 4,6%.

Segundo, em 1986, na Vila Madalena, 13,8% das mulheres declarou espontaneamente ter provocado algum aborto. Em 2000, na mesma região geográfica, obteve-se, via questionamento indireto, o montante de 33% para a prevalência referida de mulheres com aborto provocado. Assumindo-se, então, que, no questionamento direto, 80% dessas mulheres omitiriam a indução de algum aborto, constatamos que nessa oportunidade (2008) apenas 6,7% das mulheres responderiam ter provocado algum aborto, caso tivessem sido abordadas via QD. Corroborando essa teoria o fato de que, em 2006, na região de Vila Mariana, (Silva & Fusco 2008) igualmente um reduto de classe média/alta, com baixíssima fecundidade, a prevalência de mulheres com aborto provocado obtida via QD, mostrou-se pouco inferior a 7%; e o de que na região de abrangência do PSF (Programa de Saúde da Família) – reduto de classe média, com baixa fecundidade - 1.3 filhos por mulher em idade fértil – essa prevalência foi de 5,8%. Ou seja, é bastante plausível que em populações de classe alta tenha havido uma redução de 50% no nível do aborto provocado. Em resumo, enquanto num período de 15 anos, a Cidade de São Paulo – região de classe média - teve uma queda de 30% na frequência de aborto provocado, Vila Madalena - reduto de classe alta - apresentou uma queda de 50%. Note-se que esta última região, ao sair de patamares socioeconômicos mais elevados, estaria mais propensa a apresentar queda mais brusca da prevalência de aborto, sobretudo levando-se em consideração que os níveis alcançados em ambas as regiões no início deste século são bastante próximos e muito baixos.

Quanto ao aborto, como entidade nosológica, há de se ressaltar a inviabilidade de uma prevalência de mulheres com aborto provocado igual a zero. As razões que levam uma mulher a optar por um aborto induzido são muito mais complexas do que podem parecer e geralmente vários fatores influem nessa decisão (Bankole, Singh & Hass 1998) nunca tendo existido uma sociedade em que este fato tenha sido constatado.

Acreditamos que atingir, nos próximos 10 anos, em São Paulo, o patamar de 2% de mulheres que declarem espontaneamente algum aborto provocado será um grande feito, mesmo contando com uma omissão de 80%, o que nos levaria à situação de ter, em definitivo, cerca de 10% das mulheres provocando algum aborto no transcorrer da vida reprodutiva.

Retomando, nos últimos 25 anos houve uma queda importante na frequência de aborto provocado, tendo sido essa particularmente mais acentuada nas populações de maior poder aquisitivo. Atualmente, contudo, há similaridade nos níveis de aborto obtidos nas classes sociais alta e média. Ao que tudo indica, também a classe pobre apresenta frequências de aborto provocado bastante próximas às das demais classes sociais. Porém, para tal diagnóstico, a partir de nossa experiência, teremos que nos pautar nos resultados de apenas 3 levantamentos domiciliares, sendo 2 deles realizados, com intuítos diferentes, numa mesma comunidade - Favela Inajar de Souza. Deste modo, ficamos limitadas para esboçar um quadro mais realista sobre o comportamento do aborto provocado nesse segmento populacional.

Em 2005, nessa Favela, a prevalência de mulheres em idade fértil com aborto provocado foi de 13,6%, tão elevada quanto a obtida em Vila Madalena 20 anos antes. O que não nos parece muito plausível, se o nível de omissão neste local e contexto tivessem sido o mesmo dos outros locais. Deve-se ter presente, no entanto, que a coordenação da pesquisa de campo por Fusco, através da ONG Gesto&Ação, a qual, por sua vez, enfatiza os cuidados e direitos sexuais e reprodutivos, pode ter favorecido a cooperação das entrevistadas (Fusco 2006). Assim sendo, certamente, em 2005, as mulheres residentes na Favela Inajar declararam com maior facilidade a indução de abortos voluntários ou provocados.

Outrossim, sob a responsabilidade de Souza e Silva, a pesquisa conduzida em 2008, nessa mesma favela, com o intuito de estudar o comportamento sexual de jovens entre 15 e 24 anos, permitiu estimar uma prevalência de aborto provocado igual a 6,5% nessa faixa etária (Souza 2010). Como é sabido, a maior recorrência a essa prática se dá entre as mulheres mais jovens, fato constatado, inclusive, pelos dados de Fusco. Além disso, sabe-se que o valor resultante para a prevalência geral decorre de uma “média ponderada” dos diversos valores atribuídos aos distintos sub-grupos etários. Agregando-se a essas informações a de que a idade mediana das mulheres da Favela Inajar encontra-se em torno de 28 anos de idade, pode-se constatar que há um descompasso entre os resultados obtidos nesses 2 levantamentos. Assim sendo, para se atingir um nível de aborto provocado da ordem de 13,6%, na pesquisa de 2008, teria sido necessário que mais de 20% das mulheres, acima de 29 anos de idade, tivessem

provocado um aborto, uma vez que as mais jovens relatariam uma prevalência de aborto provocado pouco superior a 6% - se as duas pesquisas fossem equivalentes.

Mas, como salientado anteriormente, mesmo em 2005 observou-se que a maior prevalência de aborto provocado deveu-se às mulheres com menos de 30 anos de idade. E, estas, sim, referiram uma porcentagem de aborto compatível com esses 20%.

É bastante provável, portanto, que a omissão de abortos tenha de fato sido bem mais acentuada em 2008.

Com esse raciocínio, mais precisamente o de que as mulheres com mais de 30 anos declaram uma prevalência de aborto provocado igual a 1/3 da prevalência referida pelas mais jovens, pode-se constatar, a partir do nosso ponto de vista, (Silva 2005) que se tivéssemos entrevistado o total de mulheres no ano de 2008 - sem o suporte logístico de Fusco - teríamos obtido uma cifra ao redor de 6,5% para a prevalência de aborto provocado. Bem mais realista para um resultado obtido via QD. Reforça esse argumento o fato de, na Favela México 70, a prevalência de mulheres com aborto provocado ter ser mostrado igual a 5,8%. Acrescente-se, aqui, a informação de que ambas as favelas estudadas, apresentaram baixas taxas de fecundidade. Na favela Inajar de Souza, a média de filhos por mulher em idade fértil (TF) foi de 1,9 e na México 70, de 3,5.

Por fim, acredita-se que no estado de São Paulo, o nível de aborto provocado declarado tenha alcançado valores pouco redutíveis, convergindo para um valor de 6% de mulheres que declaram espontaneamente a indução de um aborto, em todas as classes sociais.

Embora a eliminação completa da recorrência ao aborto provocado seja impensável, acreditamos que ainda seja possível obter-se uma sensível redução dos níveis atuais desse evento, a partir da oferta, à população de um modo geral, de métodos contraceptivos com menos efeitos adversos, e adequados ao início da vida reprodutiva, além da implantação eficaz dos serviços de planejamento familiar (Silva & Fusco 2008).

Considerações finais

No período 1987-2000, o aborto provocado teve papel de destaque na queda da fecundidade, sobretudo entre as mulheres jovens mais favorecidas economicamente. As mulheres mais velhas de maior poder aquisitivo rapidamente adotaram a prática de esterilização cirúrgica. Estas mulheres foram as primeiras a optar por famílias pequenas.

Entre 2000 e 2008, a fecundidade da mulher paulistana, quase que independentemente do padrão socioeconômico atingiu patamares abaixo do da reposição populacional.

Concomitantemente, houve uma acentuada queda na frequência do aborto provocado nos últimos 25 anos. Essa queda, certamente, ocorreu em função da disponibilidade maior de métodos contraceptivos e/ou maior facilidade de acesso à esterilização feminina e masculina, garantidas por lei. Por exemplo, Figueiredo et al., 2008, destacam a diversidade de opções de produtos farmacêuticos oferecidos para esse fim, dando ênfase à introdução do contraceptivo de emergência, recomendado pela OMS, em 2005, como método contraceptivo “elegível” (Figueiredo et al. 2008).

Esses argumentos deveriam encorajar as autoridades à legalização do aborto, visto não restarem dúvidas sobre a diminuição substancial da frequência de sua ocorrência. A legalização do Aborto, no Brasil, beneficiaria, sobretudo, as mulheres pobres, pois, atualmente, cabe apenas a estas o ônus do aborto inseguro, o que não raras vezes custa-lhes a própria vida (Fusco, Andreoni & Silva 2008). Além disso, nessa população, o início da vida reprodutiva – período em que há uma maior recorrência ao aborto provocado e inseguro – é ainda bastante precoce, vitimizando, de forma preponderante, as mulheres jovens.

Referências

Andreoni, S & Silva, RS 2010, 'Who is more likely to have had an induced abortion? A pooled analysis of three studies in women with history of pregnancy in the city of São Paulo, Brazil', trabalho selecionado para el IV Congreso da Asociación Latinoamericana de Población, Cuba, 16-19 noviembre.

Bankole, A, Singh, S & Hass, T 1998, 'Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries', *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, no. 3, pp. 117-127, 152, visto 29 Agosto 2010, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2411798.pdf>>

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

Carneiro, MCMO 2009, 'Prevalência e características das mulheres com histórico de aborto – Vila mariana, 2006', Dissertação, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

Figueiredo, R, Pupo, LR, Alves, MCGP & Escuder, MML 2008, *Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de Ensino Médio*, Instituto de Saúde, São Paulo, visto 29 Agosto 2010, <<http://www.clae.info/downloads/Publicaciones/comportamentosexual.pdf>>

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados 2008, *A Fecundidade da mulher paulista*, Informe Demográfico, no. 55, SEADE, São Paulo

Fusco, CLB 2006, 'Aborto inseguro: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável - Favela Inajar de Souza, São Paulo', Tese, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Fusco, CLB, Andreoni, S & Silva, RS 2008, 'Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo', *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 11, no. 1, pp. 78-88, visto 29 Agosto 2010, <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n1/07.pdf>>

Henshaw, SK, Forrest, JD, Sullivan, E & Tietze, C 1982, 'Abortion services in the United States, 1979 and 1980', *Family Planning Perspectives*, vol. 14, no. 1, pp. 5-8, 10-5.

Laguardia, KD, Rotholz, MV & Belfort, P 1990, 'A 10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 75, no. 1, pp. 27-32.

Laurenti, R, Buchalla, CM, Lólio, CA, Santo, AH & Mello Jorge, MH 1990, 'Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, Brasil, 1986. II. Mortes por causas maternas', *Revista de Saúde Pública*, vol. 24, no. 6, pp. 468-72.

Maldonado, MT 2006, 'Fatores associados ao aborto provocado em mulheres em idade fértil com histórico de gestação - São Paulo', tese, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Naciones Unidas 1995. 'Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo', A/CONF-171/13/Rev.1, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Cairo, 1994 Septiembre 5-13, Naciones Unidas, Nueva York:, pp. 56, párrafo 8.25.

Organización Mundial de la Salud 1970, *Aborto espontáneo y provocado: informe de un Grupo Científico de la OMS*, Série de Informes Técnicos, no. 461, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud 1978, *Aborto provocado: informe de un grupo científico de la OMS*, Série de Informes Técnicos, no. 623, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Panamericana de La Salud 2004, *Unidad de Genero y Salud. Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del siglo XXI*, Organización Panamericana de La Salud, Washington.

Puffer, RR & Griffith, GW 1967, *Patterns of urban mortality: report of the Inter-American Investigacion of Mortality*. Pan American Health Organization, Washington.

Salter, C, Johnston, HB & Hengen, N 1997, 'Care for postabortion complications: saving women's lives', *Population Reports. Series L, Issues in World Health*, no. 10, pp. 1-31.

Santos, EBC 2005, 'Aborto induzido: ocorrência e características no antigo sub-distrito de Vila Madalena, São Paulo, Brasil -2000', Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Silva, RS 1990, 'Técnica de resposta ao azar (TRA): uma proposta alternativa', *Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, Minas Gerais, 20-24 Setembro.

Silva, RS 1992, 'Aborto provocado: sua incidência e características: um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no subdistrito de Vila Madalena', Tese, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Silva, RS 2002, 'Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras', *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 19, no. 2, pp. 249-261.

Silva, RS 2005, 'O aborto provocado frente à contracepção e o declínio da fecundidade na Cidade de São Paulo', *Revista de Saúde Pública*, vol. 1, no. 9, pp. 9-29.

Silva, RS & Fusco, CLB 2008, 'Saúde Reprodutiva, Fecundidade e Aborto Provocado - análise de seis inquéritos populacionais realizados em São Paulo, Brasil', *Revista Saúde, Ética & Justiça*, vol. 13, no. 2, pp. 79-94, visto 29 Agosto 2010, <http://www.fm.usp.br/gdc/docs/iof_89_05_sej2008_13_2.pdf>

Silva, RS & Vieira, EM 2009, 'Aborto provocado: sua dimensão e características entre mulheres solteiras e casadas da cidade de São Paulo, Brasil', *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 25, no. 1, pp. 179-187.

Singh,S & Wulf, D 1991, 'Estimating Abortion Levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data', *International Family Planning Perspectives*, vol. 17, no. 1, pp. 8-13.

Souza, MG 2010, 'Características sócio-demográficas como fator determinante na prevalência de aborto provocado na cidade de São Paulo, SP, 2008', trabalho selecionado para el IV Congreso da Asociación Latinoamericana de Población, Cuba, 16-19 noviembre.

Tietze C 1987, *Informe mundial sobre el aborto*, Ministério da Cultura, Madrid.

United Nations 1995, *Report of the Fourth World Conference on Women*, Beijing, China, 1995 Septiembre 4-15, United Nations, New York, viewed 29 August 2010, <<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>>.

United Nations 2000, *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the twenty-third special session of the General Assembly*, United Nations, New York, viewed 29 August 2010, <<http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/as2310rev1.pdf>>.

Warner, SL 1965, 'Randomized response: a survey technique for eliminating evasive answer bias', *Journal of the American Statistical Association*, vol. 60, no. 309, pp. 63-6.