

Aborto provocado entre jovens pobres: uso do modelo de regressão hierárquica\*

Provoked abortion in a poor youngsters: use of hierarchical regression model

Rebeca de Souza e Silva†  
Solange Andreoni ‡

---

\* Artigo aceito para publicação na REBEP, com pequenas modificações

† Chefe de Departamento de Medicina Preventiva - UNIFESP

‡ Prof. Adjunta de Biostatística - UNIFESP

Solange Andreoni<sup>4</sup>

Agências financiadora: CNPq

Número do processo: 470248/2006-8

Tipo de Auxílio: Apoio a Projetos de Pesquisa / Edital MCT/CNPq 02/2006 - Universal  
PROTOCOLO 2532798673711054

Linhas de Pesquisa: Gênero e Saúde, Saúde Reprodutiva

---

<sup>4</sup> Prof. Adjunta de Bioestatística - UNIFESP

## **Resumo**

Esse artigo investiga fatores associados à recorrência ao aborto provocado entre jovens residentes numa comunidade pobre da cidade de São Paulo. A amostra foi composta por 102 homens e 99 mulheres entre 14 e 25 anos de idade que já haviam iniciado suas vidas sexuais. Usou-se o modelo hierárquico de regressão logística. As variáveis não ter companheiro sexual no momento da entrevista, gênero, idade no momento da entrevista, priorizar morar só e número de gestações compuseram o modelo final. Dar muita importância a morar só quadruplica a chance de ocorrer um aborto. Jovens mais velhos foram menos propensos a se deparar com um aborto, a chance de se optar pelo aborto se reduz de 17% para cada incremento de um na idade dos jovens. Isso mostra que as gestações ocorreram de forma inesperada, intempestiva, como é praxe nas condutas adolescentes, sendo as maiores candidatas a terminarem em aborto provocado. Evidencia-se, portanto, a necessidade de se investir recursos financeiros para a obtenção de métodos contraceptivos eficazes e inócuos, destinados ao início da vida sexual.

## **Descritores:**

sexualidade

identidade de gênero

aborto induzido

adulto jovem

regressão hierárquica

## **Abstract**

This article investigates the factors associated with the occurrence of provoked abortion among youngsters residing in a poor community of the city of São Paulo. The sample was composed of 102 male and 99 female between 14 and 25 years that had initiated their sexual lives. Hierarchical logistic models were used to evaluate the factors. The factors retained in the final model were: gender, current age, to prioritize living alone, number of pregnancies and not having a sexual partner at the moment of interview. To prioritize living alone quadruples the chances of having had an abortion. Older youngsters were less likely to have had an abortion, the chances to have had an abortion is decreased by 17% for each one year increment in the youngsters' age. This shows that pregnancies happened in an unexpected and untimely way, a common behavior in adolescents, being the major candidates to end in an abortion. It is evident, therefore, the need to invest resources in obtaining effective harmless contraceptive methods suitable for the beginning of sexual life.

### **Descriptors:**

sexuality

gender identity

induced abortion

young adult

hierarchical regression model

## Introdução

Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994, um passo importante foi dado para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Com efeito, naquela Conferência, a despeito da enorme pressão exercida pela Igreja Católica, houve consenso que o uso de contraceptivos é uma questão de foro íntimo e que apenas a mulher e/ou seu companheiro devem tomar a decisão de recorrer ou não a esse mecanismo. Mais que isso, de forma inusitada, o tema do aborto veio à baila, tendo sido acordado que o Estado teria por obrigação garantir atendimento médico de qualidade às mulheres com complicações advindas de um aborto provocado<sup>1</sup>.

Entre outros aspectos, buscou-se garantir aos indivíduos a opção por ter – e neste caso, elegendo em que momento da vida – ou não filhos, contando para isso com orientação e alternativas contraceptivas seguras e efetivas. Isso implica em assegurar, independentemente das opções pessoais, o direito de se desfrutar a sexualidade, sem medo de contrair uma doença, bem como a possibilidade de se optar pela interrupção de uma gravidez sem qualquer tipo de condenação social.

Entre as recomendações estabelecidas no Programa de Ação da CIPD merecem destaque, também, as relativas às questões de gênero. Mais precisamente, foi enfatizada a importância de se promover a equidade de gênero em todas as esferas da vida, chamando o homem a assumir sua parcela de responsabilidade nos envolvimento sexuais<sup>2</sup>.

A maioria das recomendações, contudo, não chegou a sair do papel. Levando-se em consideração que o aborto provocado e a contracepção (acesso aos e disponibilidade de métodos contraceptivos eficazes) são os expoentes máximos da referida pauta<sup>3</sup>, pode-se vislumbrar o longo caminho a ser percorrido para que tais recomendações sejam efetivadas.

Aborto e contracepção são assuntos controversos, permeados por princípios éticos, morais, sociais, psicológicos, religiosos e inclusive legais, tornando árdua a tarefa de se estabelecer com precisão a efetiva necessidade que impera nessa área, sobretudo quando se convive com sérias restrições legais à prática do aborto provocado e, conseqüentemente, viabilizar a implementação de políticas públicas que consigam isolar a reprodução de sexualidade.

A Igreja Católica, por exemplo, se opõe a qualquer método de controle artificial para a regulação da fecundidade. Não obstante, num momento em que a epidemia de AIDS é uma preocupação mundial, o uso da camisinha deveria ser altamente recomendado. Ademais, não parece sensato pregar a abstinência sexual numa época em que, via de regra, a iniciação sexual se dá cada vez mais precocemente, haja visto o *boom* de gravidez na adolescência verificado em vários países latinoamericanos, na década de 90 <sup>4-7</sup>. A oposição ao aborto provocado, pautada no direito à vida é, decididamente, muito enfática. Apesar disso, Frejka & Atkin <sup>8</sup> constataram que o aborto induzido assumiu papel decisivo na transição da fecundidade, ocorrida na década de 80, na América Latina. Mais que isso, parafraseando Diniz <sup>9</sup>, *"a ilegalidade do aborto traz conseqüências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe esta prática e perpetua a desigualdade social"*. No Brasil, particularmente, existem várias clínicas clandestinas que oferecem atendimento adequado para uma interrupção da gravidez. Recorrer a esses serviços depende, exclusivamente, de se poder arcar com seus custos.

Como nem todas as mulheres podem se dar a essa superfluidade, o aborto provocado desponta com uma das primeiras causas de mortalidade materna em localidades que convivem com uma legislação restritiva para o aborto. Não obstante é, certamente, a causa mais simples de ser eliminada <sup>5,10-12</sup>. Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, o aborto provocado representa a quarta causa de morte materna e a hemorragia uterina, a terceira. Mas, ao que tudo indica, a maioria dessas hemorragias decorre justamente de abortos provocados <sup>5,6</sup>. Esta informação não é, e não será jamais anotada nos atestados de óbito, enquanto o aborto provocado constituir-se em crime contra a vida. Por lei, estão previstas drásticas punições, tanto para quem o realiza como para quem se submete a essa prática. A saber, no Brasil, o aborto provocado só é consentido em casos de estupro ou nos de risco iminente de vida da mãe.

As mulheres mais carentes, as pobres e as negras são as mais vulneráveis ao risco do aborto inseguro <sup>4,14-19</sup>. Essa situação fica ainda mais desalentadora quando se leva em consideração que parcela considerável das vítimas do aborto provocado são as mulheres jovens. Em 1995, por exemplo, o aborto representou 16% das mortes maternas de mulheres de 15 a 24 anos nas regiões mais pobres do país <sup>20</sup>.

Em suma, parece inegável que a detecção dos fatores associados à recorrência ao aborto provocado, entre jovens pobres de ambos os sexos, permitirá lançar alguma luz nessa confluência de saúde reprodutiva, sexualidade e gênero. A esta tarefa se propõe o presente artigo.

## **Métodos**

O estudo original, do qual provêm os dados aqui analisados, de cunho transversal, foi realizado entre maio e junho de 2007, com jovens entre 15 e 25 anos de idade, residentes numa comunidade localizada no subdistrito da Freguesia do Ó, São Paulo. O referido estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (número 074/07).

Optou-se naquele momento, por conta da população alvo não ser numerosa, por convidar todos os jovens da faixa etária de interesse, moradores da Favela Inajar de Souza por ocasião dessa entrevista, a participar do estudo. Quase a totalidade deles (93%) aceitou o convite. Com isso, foram entrevistados 256 jovens, sendo 122 do sexo masculino e 134 do feminino. Neste ponto, cumpre destacar que esses jovens, desde o final dos anos 90, são alvos de atenção da ONG Gesto&Ação, coordenada por Fusco. A saber, a referida ONG tem como objetivo prestar educação sexual e aconselhamento contraceptivo, além de disponibilizar de forma gratuita vários métodos contraceptivos, em especial o condom e a pílula, incluindo a pílula do dia seguinte. Em suma, vale a pena se ter presente que apesar de pobres, os jovens alvos deste estudo têm o respaldo de bons profissionais na condução de suas vidas sexuais e reprodutivas. No presente artigo, contudo, são enfocados somente os jovens que já haviam iniciado suas vidas sexuais, 102 homens e 99 mulheres, por ocasião da entrevista.

O questionário continha as clássicas informações sócio-demográficas, condutas adotadas na condução da saúde sexual e reprodutiva, participação do companheiro(a) nas referidas condutas e nível de valorização de determinados quesitos como educação, casa própria, casamento, entre outros. Os entrevistadores foram devidamente treinados e participaram do processo de pré-teste.

Para a verificação de igualdade de proporção entre os sexos quanto às variáveis avaliadas, recorreu-se às análises de associação, mediante o emprego do qui-quadrado de Pearson. Para a verificação de igualdade de comportamento, entre os sexos, no caso de as variáveis independentes serem de natureza quantitativa (número de gestações, idade, etc.) foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes.

Para detectar os fatores mais associados à recorrência ao aborto provocado usou-se o modelo hierárquico de regressão logística proposto por Victora et al<sup>21</sup>.

No primeiro nível foram alocadas as variáveis demográficas – sexo, idade no momento da entrevista e grau de escolaridade. No segundo nível foram avaliadas as variáveis socioeconômicas (renda familiar, ter emprego e estar estudando no momento da entrevista). O nível seguinte foi composto por variáveis de índoles comportamentais (idade à primeira relação sexual, número de gestações, ter filhos, ser casado/unido, usar métodos contraceptivos de forma consciente em todas as relações sexuais, ter usado contraceptivo antes de uma gestação não planejada e ter declarado não planejar alguma gravidez). No quarto nível foi avaliado o conjunto de variáveis referentes ao posicionamento – verbalização – dos jovens frente à prática do aborto provocado. Mais precisamente, se aceitavam que esta prática fosse realizada nos seguintes casos: quando a mãe corre risco de vida, se a mulher é solteira, se a gravidez resultou de estupro, se não há condições econômicas de se criar um filho, quando a família já está completa e nunca aceita. Na etapa seguinte foram, então, incluídas as variáveis relativas às aspirações de vida – originalmente, pontuadas de 0 a 4 pelos jovens, sendo que o valor 4 correspondia a “muita importância” –, dicotomizadas em muito importante ou não. São elas: casar formalmente, casar cedo – antes dos 20 anos de idade –, ter marido/esposa, ter filhos, ter filhos apenas dentro do casamento, constituir família, morar com um(a) companheiro(a), morar só, estudar, ter emprego, ter casa própria e ter carro. No último nível, foi investigada a relevância de se ter ou não vida sexual ativa no momento da entrevista.

Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5%. As análises foram realizadas usando o programa estatístico SPSS versão 15.

## **Resultados**

A Tabela 1 fornece a distribuição dos jovens que já haviam iniciado as atividades sexuais no momento da entrevista, por sexo, segundo algumas variáveis discretas. Foram entrevistados 102 homens e 99 mulheres, que relataram que já haviam iniciado suas vidas sexuais.

Os dados constantes na Tabela 1 permitem evidenciar que apenas 26,5% dos homens declararam ter deparado com alguma gestação. Em contrapartida, cerca do dobro de mulheres – 57,6% – se defrontaram com tal situação. É possível que os homens simplesmente não tenham tomado conhecimento de alguma gestação das quais tenham sido cúmplices. Pouco provável, contudo, é que esse fato tenha ocorrido em tão alta escala.

Além de haver proporcionalmente mais mulheres que vivenciaram uma gestação, dentre as que engravidaram houve episódios de quarta e quinta ordem. Entre os homens em situação análoga, um único declarou a ocorrência de 3 gestações e nenhum relatou valor superior. Saliente-se, nesse ponto, que no momento da entrevista havia 7 mulheres grávidas e que nenhum homem apontou para a possibilidade de uma gravidez em curso.

O comportamento do provocado aborto não foi estatisticamente diferente por sexo isoladamente. Apenas 6,1% das mulheres admitiram ter passado por essa experiência e quase o dobro de homens (10,8%) relatou que alguma parceira provocou um aborto. Novamente, uma mulher chegou a afirmar ter provocado 3 abortos e não houve um único homem que verbalizou essa cifra.

Cerca de um terço dos jovens (32,8%) se defrontou com alguma gestação não planejada, sendo esse infortúnio mais presente entre as mulheres (44,4%) que entre os homens (21,6%).

A cor e a escolaridade não revelaram comportamento diferencial por sexo. Cerca de 40% dos jovens autodeclararam ser de cor branca. Apenas 4% dos jovens sob análise freqüentavam a escola no momento da entrevista. Com respeito ao grau de escolaridade, 30,3% relataram ter até 7 anos de estudo e 68,7% estudaram 8 anos ou mais. Apenas 2 mulheres lograram freqüentar um curso universitário, mas não conseguiram terminá-lo.

A despeito da diminuta parcela de jovens estudantes, estar trabalhando – formal ou informalmente – no momento da entrevista não é regra entre esses jovens. Cerca de metade dos homens tinha alguma atividade remunerada contra apenas

28,3% das mulheres. Uma possibilidade é a de que estas estejam se dedicando ao cuidado de filhos.

Com efeito, 54,5% das mulheres estavam casadas ou unidas no momento da entrevista mas, apenas 19,6% dos homens tinham esse compromisso. Embora a totalidade desses jovens tenha referido usar algum método contraceptivo no momento da entrevista, uma revisão mais cuidadosa permitiu constatar que esse uso não era rotineiro ou que não eram empregados em todas as relações sexuais. Assim sendo, a informação contida na Tabela 1 refere-se ao que chamaremos de uso “consciente”. Nessa situação específica enquadram-se 83,3% dos homens e 61,6% das mulheres.

Recorreram à pílula do dia seguinte, 40,4% das mulheres em análise e as companheiras de 26,5% dos homens. Provavelmente porque os rapazes se protegem de forma mais sistemática. Por outro lado, encontravam-se sem parceiro(a) sexual no momento da entrevista, 12,7% dos homens e 21,2% das mulheres. Ao que tudo indica, portanto, menos mulheres necessitavam de proteção contraceptiva no momento da entrevista. Talvez essa peculiaridade justifique a discrepância de gênero no que concerne ao uso consciente de métodos contraceptivos. Não justifica, contudo, uma maior recorrência à pílula do dia seguinte.

A Tabela 2, por sua vez, revela que não há comportamento diferencial entre gênero quanto ao número médio de moradores na casa e à idade no momento da entrevista. Chama a atenção contudo, a alta média moradores por domicílio – 4,51 com desvio padrão de 2,06 moradores.

A idade na primeira relação sexual, contudo, revelou ser cerca de um ano mais precoce entre os homens – cerca de 14 anos – que entre as mulheres. Ou seja, apresentou comportamento diferenciado, em termos estatísticos, por gênero. O mesmo ocorreu com o número de gestações. Entre as mulheres com vida sexual, a média é de quase um filho, mais do que o dobro do detectado entre os homens, que vivenciaram em média 0,4 gestação.

O número médio de aborto provocado, por sua vez, não apresentou diferença estatística por sexo. O valor dessa média foi de 0,13 aborto e o desvio padrão de 0,44 aborto.

Com respeito ao número ideal de filhos, as mulheres verbalizam um montante similar ao dos homens para o padrão de fecundidade a ser alcançado. Embora

tenha sido detectada uma diferença estatisticamente significativa, em termos demográficos ela pode ser desconsiderada. De fato, as mulheres consideraram que o ideal seria ter em média 1,97 filhos (desvio padrão de 0,97) e entre os homens a média de filhos ideal foi de 2,18 (desvio padrão de 2,23). Em suma, os jovens em análise, consideram ideal ter 2 filhos.

A idade mais indicada para se iniciar a fecundidade foi em média 23,5 anos (desvio padrão de 3,4 anos) entre as mulheres e de 25,2 anos, entre os homens (desvio padrão de 3,4 anos). Esta diferença se revelou estatisticamente significativa. De qualquer forma, em ambos os casos, a preferência é que o cuidado com filhos se inicie apenas no final da juventude, ou no limite, levando-se em consideração a variabilidade dos dados, depois de terminada a adolescência.

Entre os homens, por exemplo, o menor valor de idade citado como sendo ideal para se ter o primeiro filho foi de 18 anos e o maior de 31 anos. A amplitude desses dados foi maior entre as mulheres que apontaram um valor mínimo de 14 e um máximo de 32 anos de idade. A julgar pelo desvio padrão das distribuições, contudo, os valores entre 14 e 17 anos de idade devem ter aparecido em raríssimos casos.

Quanto aos quesitos que os jovens foram convidados a pontuar em função da importância que atribuíam ao mesmo, destacaram-se: estudar, ter emprego, ter casa própria e constituir família. Mais de 90% dos jovens, independentemente do sexo, atribuíram-lhes muita importância. Ter filhos foi muito importante para 78% das mulheres e 70% dos homens, mas tê-los dentro do casamento o foi para 68% das mulheres e 53% dos homens. Em contrapartida, ter marido/esposa foi muito importante para 55% das mulheres e 73% dos homens. Na contracorrente, casar cedo (antes dos 20 anos de idade) foi considerado muito importante por apenas 10% das mulheres e 4% dos homens. Morar só, foi exaltado por 35% das mulheres e 27% dos homens.

Para detectar os fatores mais associados à recorrência ao aborto provocado usou-se o modelo hierárquico de regressão logística. No primeiro nível foram alocadas as variáveis demográficas – sexo, idade no momento da entrevista e grau de escolaridade. Apenas as duas primeiras variáveis se mostraram preditoras da ocorrência de aborto provocado. No segundo nível foram avaliadas as variáveis socioeconômicas – renda familiar, ter emprego e estar estudando no momento da entrevista. Nenhuma dessas variáveis foi importante para justificar a provocação do

aborto. O nível seguinte foi composto por variáveis de índoles comportamentais – idade à primeira relação sexual, número de gestações, ter filhos, ser casado/unido, usar métodos contraceptivos de forma consciente (em todas as relações sexuais), ter usado contraceptivo antes de uma gestação não planejada e ter declarado não planejar alguma gravidez. Apenas o número de gestações se mostrou preditora da ocorrência de aborto provocado. No quarto nível foi avaliado o conjunto de variáveis referentes ao posicionamento – verbalização – dos jovens frente à prática do aborto provocado. Mais precisamente, se aceitavam que esta prática fosse realizada nos seguintes casos: quando a mãe corre risco de vida, se a mulher é solteira, se a gravidez resultou de estupro, se não há condições econômicas de se criar um filho, quando a família já está completa e nunca aceita. Entretanto, nenhum desses posicionamentos se mostrou associado à provocação de um aborto. Na etapa seguinte foram, então, incluídas as variáveis relativas às aspirações de vida: casar formalmente, casar cedo – antes dos 20 anos de idade –, ter marido/esposa, ter filhos, ter filhos apenas dentro do casamento, constituir família, morar com um(a) companheiro(a), morar só, estudar, ter emprego, ter casa própria e ter carro. Dessas, apenas uma alta importância atribuída a morar só esteve associada ao aborto provocado. No último nível, foi investigada a relevância de se ter ou não vida sexual ativa no momento da entrevista. Essa variável, embora não tenha apontado significância estatística foi determinante no estabelecimento da significância das demais associações. Assim sendo, ela foi mantida no modelo final como controle.

Na Tabela 3 é apresentado o modelo resultante do processo hierárquico, antes da inclusão da variável controle – não ter companheiro sexual no momento da entrevista –, que, diga-se de passagem, se mostrou significativa por ocasião das análises univariadas. Nela observa-se que, o sexo masculino incrementa a chance da opção pelo aborto, tanto quanto a ocorrência de várias gestações. As duas outras variáveis do modelo apresentam-se com uma significância menos expressiva – um valor de  $p$  de 0,07. Dar muita importância a morar sozinha eleva a chance de ocorrência de um aborto provocado mas, a idade no momento da entrevista é um fator protetor, quanto maior a idade, menor a chance de recorrer à provocação de um aborto.

O modelo estabelecido como sendo o mais indicado – o que contempla a variável controle – é apresentado na Tabela 4. Como salientado na metodologia, embora a variável controle não se apresente com significância estatística ( $p=0,18$ )

ela ajusta o modelo final de tal sorte que as outras quatro variáveis se apresentem com valores de p inferiores a 0,05.

Assim sendo, ao se ajustar o modelo pela variável não ter companheiro sexual no momento da entrevista respondem, em conjunto, pela recorrência ao aborto provocado, o gênero, a idade no momento da entrevista, dar muita importância a morar só e o número de gestações. Não houve interação multiplicativa que se mostrasse significativa. Mais precisamente, ser homem incrementa a chance de ocorrer um aborto, 14 vezes – tomando-se como base, obviamente, as mulheres. A cada nova gestação a chance de ocorrer um aborto provocado se vê elevada em 7 vezes. Dar muita importância a morar só, quadruplica a chance de ocorrer um aborto. E, os jovens mais velhos no momento da entrevista são menos propensos a se deparar com um aborto – a chance de se optar pelo aborto provocado se reduz cerca de 17% para cada ano que aumenta a idade dos jovens.

Cerca de metade dos jovens com aborto relatou ter enfrentado aborto seguido de complicações (9 em 17) – sobretudo hemorragia uterina – e que um terço deles (6) relatou a necessidade de internação hospitalar.

## **Discussão**

Embora o número absoluto de jovens com vida sexual – ativa ou não – seja relativamente pequeno, 10,8% dos homens e 6,1% das mulheres declararam ter se deparado com um aborto provocado. Essa última cifra não difere substancialmente das obtidas em inquéritos populacionais recentes realizados entre mulheres em idade fértil<sup>22-24</sup>. Mas, Fusco et al<sup>16</sup> obtiveram para o total de mulheres entre 15 e 59 anos de idade, residentes nessa mesma comunidade, um cifra mais expressiva (13,6%). É bem verdade que a contínua atuação de Fusco, por intermédio da ONG Gesto&Ação, pode ter minimizado a omissão desse evento naquela ocasião. Seja como for, o fato é que as referidas cifras (10,8% e 6,1%) não são nada desprezíveis, sobretudo levando-se em consideração que mais da metade dos jovens com aborto relataram complicações.

Entretanto, nos inquéritos realizados em populações fora de condição de pobreza<sup>23,25-28</sup>, não foi relatado um único caso de internação hospitalar decorrente da prática do aborto. Neste estudo, a proporção de complicações pós-aborto foi

bastante expressiva, ou seja, fica confirmado que são os pobres que arcam com esse ônus.

Mas, ao contrário do que se costuma imaginar, esses jovens pobres não buscaram a gravidez, e não consideraram o casamento uma fórmula mágica para melhorar de vida ou simplesmente uma maneira de sair da casa dos pais e terem seu próprio lar. Esses jovens valorizaram muito mais a própria independência financeira, os estudos e o emprego do que o casamento precoce ou os filhos em tenra idade. Apesar de a maternidade não ser o principal ideal dessas jovens, evidenciou-se tanto uma precocidade da nupcialidade, quanto uma precocidade da maternidade. Além disso, houve uma elevada associação entre ser casada e ter filhos. Ou seja, embora esses jovens pobres tenham, ao menos no discurso, as mesmas aspirações dos jovens de qualquer camada social, não têm condições econômicas e sociais para fazê-las valer.

Com efeito, apenas 4% dos jovens analisados freqüentavam a escola no momento da entrevista. Por outro lado, metade dos rapazes e um terço das moças já exerciam tarefas remuneradas aos 20 anos de idade – média de idade desses jovens por ocasião da entrevista.

Nessa conjuntura, não é de se estranhar a grande valoração dos filhos. Quase 70% dos jovens atribuíram alta importância a esse quesito. Para eles, possivelmente, a constituição de uma nova família seja uma aspiração social que supra as limitações impostas pela sociedade.

Vários estudos de cunho sociológico, aliás, têm apontado que os fortes desejos pela maternidade ou pela união estável refletem as aspirações por mudança de status social, assim como pela obtenção de autonomia<sup>29</sup>. Além disso, a despeito das mudanças sociais ocorridas nos últimos 20 ou 30 anos, ainda faz parte da socialização de uma grande maioria das meninas a valorização do sexo por meio da maternidade.

Em suma, mesmo com a elevada gama de alternativas de papéis que podem ser desempenhados pelas mulheres modernas, o papel de mãe parece não estar totalmente ameaçado, sobretudo entre os pobres; entre as mulheres de classe alta, Carneiro<sup>22</sup> constatou uma média de apenas 0,9 filhos por mulher em idade fértil; uma grande proporção de solteiras, mesmo acima dos 30 anos e ainda que metade das mulheres entrevistadas consideravam ideal não ter filhos.

Há um persistente comportamento diferencial por gênero, ou seja, um nítido descompasso entre o comportamento sexual e reprodutivo de homens e mulheres.

As mulheres se casam em maior proporção e cerca de 40% das mulheres com atividade sexual já eram mães no momento da entrevista – nessa oportunidade, com uma média de 20 anos de idade. A proporção de homens com filhos, contudo, foi de apenas 10%. Ou seja, a maternidade aparece numa proporção muito mais elevada que a paternidade, praticamente o quádruplo.

Não à toa portanto, que o dobro de mulheres referiram a ocorrência de alguma gestação não planejada. De fato, cerca de 44,4% das mulheres relatam tal infortúnio, contra 21,5% dos homens. Aclare-se, neste ponto, que não é possível identificar qual das gestações, no caso de haver mais de uma, não foi planejada; porém o mais usual é o caso de o jovem referir uma única gravidez e no máximo 2. Reafirmando o descompasso entre os gêneros, 29,3% das mulheres declararam não ter feito uso de contraceptivo antes da primeira gravidez, frente a 19,3% dos homens. Esta cifra é muito similar à proporção de homens (21,6%) que relatou ter se deparado com alguma gestação não planejada sugerindo, portanto, que eles não desejavam a primeira gestação ocorrida. Entre as mulheres, por outra parte, cerca de 29,3% não usaram contraceptivos antes da primeira gestação e uma parcela mais elevada (44,4%) se deparou com uma gravidez não planejada. Embora que as mulheres tenham se deparado com mais gestações do que os homens a maioria delas teve uma única gestação. Ou seja, ou uma pequena parcela das jovens aceitou um primeiro nascimento mas rejeitou algum dos subseqüentes ou a gestação ocorreu apesar de se usar métodos contraceptivos. Os resultados do modelo hierárquico sugerem que a segunda hipótese é a mais viável.

Ao que tudo indica, portanto, uma parcela expressiva das relações sexuais que originaram a primeira gestação ocorreu de forma inesperada, intempestiva, como é praxe nas condutas adolescentes. Corrobora para sustentar essa hipótese o fato de que um estudo do Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo ter constatado que 28% dos casos de gravidez ocorrem nos três primeiros meses após o início da atividade sexual<sup>30</sup>. Além disso, sempre haverá, por menor que seja, falha e/ou mau uso de métodos contraceptivos. Valappil<sup>31</sup>, por exemplo, evidenciou que a taxa de falha do condom chega a 20% nos primeiros dias de uso.

Mais que isso, observou-se de forma surpreendente, que são os jovens mais velhos no momento da entrevista, os menos propensos a se deparar com um aborto.

A chance de se optar pelo aborto provocado se reduz cerca de 17% para cada ano que aumenta a idade dos jovens, ou seja, os mais novos declararam proporcionalmente mais abortos. Num estudo transversal, o esperado seria justamente o oposto, na medida em que os eventos se acumulam ao longo do tempo. Poderia-se aventar a hipótese de que os mais velhos omitiram a prática do aborto em maior escala que os mais novos, contudo, não houve qualquer indício que a sustentasse.

Acredita-se que a desigualdade de gênero que emerge numa primeira leitura dos dados seja apenas “aparente”. Aparente porque há fortes indícios de que o fator idade, que pode ser interpretado como “maturidade” ou ainda “momento de vida”, é o que melhor explica o descompasso entre os gêneros ao respeito da nupcialidade, da fecundidade e da contracepção, incluindo a do aborto provocado. As mulheres se relacionam, via de regra, com homens 3 anos mais velhos<sup>24</sup>. Essa discrepância de idade vem ao encontro dos valores observados por Guzmán<sup>32</sup> na América Latina.

Os resultados obtidos com o emprego do modelo de regressão logística, contudo, é revelador. Que ser homem ou ter um maior número de gestações incrementa a chance de ocorrer um aborto provocado não surpreende, contudo, dar muita importância a morar sozinho estar associado de forma positiva com o aborto, nos obriga a uma reflexão. Será que a médio prazo as mulheres pobres estarão convergindo para o comportamento detectado por Carneiro<sup>22</sup> em Vila Mariana em 2006? Se lhes forem dadas as devidas oportunidades, certamente sim.

Também a discrepância de gênero, para a forma de resolução das gestações – aborto provocado ou nascimento vivo – deve-se, certamente, ao momento de vida do parceiro. Como as mulheres tendem a se relacionar com homens mais velhos é mais fácil que elas possam se respaldar financeiramente e, então, optarem pela continuidade da gestação.

Mesmo vivendo em condições de pobreza, os jovens moradores da Comunidade em análise, têm uma continuada educação sexual por intermédio da atuação da ONG Gesto&Ação; têm acesso rotineiro a métodos contraceptivos, sobretudo à camisinha e à pílula; cuidam de sua saúde sexual e reprodutiva, tanto ao lançarem mão dos contraceptivos disponíveis quanto ao fazerem os exames ginecológicos de rotina. Talvez isso justifique o fato de a grande maioria desses jovens relatar ter tido apoio de seus companheiros nas questões sexuais e reprodutivas. De qualquer forma não há como ser negado que os homens se

comportaram de modo menos “machista” do que poderíamos supor – obviamente, que esse comportamento não pode ser generalizado para os homens com mais de 25 anos.

Não obstante, esses jovens deparam-se em grande medida com uma gravidez indesejada e/ou não planejada, sobretudo pelo não uso de métodos contraceptivos por ocasião da primeira gravidez. Entre os que tentavam preveni-la, faziam uso essencialmente da camisinha, pois a maioria das mulheres que tentou usar a pílula, segundo relato delas próprias, teve que abandonar seu uso por conta dos efeitos colaterais. Ao serem questionados sobre o que “falhou”, portanto, a maioria contestou que infelizmente o preservativo estourou.

Esses dados, não nos surpreendem, há tempos insistimos que os métodos disponíveis não são indicados para o início da vida sexual <sup>25-27,33-37</sup>, quer pelos problemas de saúde atrelados ao uso sistemático da pílula, quer pela baixa eficácia da camisinha, particularmente a distribuída de forma gratuita supomos. Num momento de vida sexual intensa e frenética, certamente, as falhas do preservativo são potencializadas.

Reiteramos com mais propriedade, portanto, a necessidade de se investir recursos financeiros para a obtenção de um método contraceptivo eficaz e inócuo, destinado ao início da vida sexual.

Os achados aqui obtidos confirmaram, por sua vez, a elevada associação entre estado conjugal e ocorrência de gestações, isto é, a opção pela continuidade da gestação foi mais freqüente entre as jovens que tinham companheiro(a).

Embora a recorrência ao aborto provocado tenha se mostrado expressiva, cerca de 8%, os jovens relataram sérias restrições à legalização desta prática. Muito provavelmente, porque a realidade entre eles é a de um altíssimo índice de seqüelas pós-aborto. Fusco et al <sup>16</sup> encontraram entre as mulheres que sofreram aborto provocado nessa comunidade 94,1% de complicações.

Como bem salientou Adesse <sup>38</sup> em uma pesquisa sobre a magnitude do aborto no Brasil, a tipificação do aborto como um delito em si não desestimula as mulheres a se submeterem ao mesmo, pelo contrário, as incentiva à prática de risco. O mais honesto, portanto, seria alertar de forma veemente que a legalização do aborto provocado é uma necessidade imperativa para a preservação da saúde reprodutiva de populações pobres, sobretudo para as que não dispõem de atividades locais de educação sexual. A falta de contraceptivos eficazes aumenta a

chance de ocorrer uma gravidez não planejada e por conseguinte a chance de um aborto provocado<sup>39</sup>.

## Referências

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, parágrafo 8.25. In: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1].
2. UNFPA – home page UNFPA/BRASIL, 2005 (UNFPA, 2005)  
<http://www.unfpa.org.br/>
3. Ardy E, Rebello I. La discusión sobre al aborto provocado en el Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento de mujeres. Cad Saúde Pública 1996; 12(2):259-66.
4. Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. New York e Washington: Alan Guttmacher Institute, 1994.
5. Alan Guttmacher Institute. Aborto induzido a nível mundial. New York: Alan Guttmacher Institute; 1999.
6. Alan Guttmacher Institute. Panorama general del aborto clandestino en América Latina. New York: Alan Guttmacher Institute; 2001.
7. Berquó ES. (org). Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
8. Frejka T, Atkin LC. El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina. Salud Pública. Méx 1990; 32(3):276-86.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. Perspect Intern Planej Fam [periódico na Internet]. 2001 [citado 2008out. 13];(n.esp):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701001p.pdf>
11. Tietze C. The effect of legalization of abortion on population growth and public health”. Family Planning Perspectives 1975; 7:123.

12. Tietze C. Informe mundial sobre el aborto. Madrid: Ministério da Cultura; 1987.
13. Brasil. Código Penal: Decreto lei n. 1.004, de 21 de outubro de 1969. 4a ed. São Paulo: Saraiva; 1971.
14. Diniz M. Aborto e Saúde Pública no Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(9): 1992-1993.
15. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciênc Saúde Coletiva 2010, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 1, 959-966.
16. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza: Favela Inajar de Souza, São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(1):78-88.
17. Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto SV. Aborto induzido em mulheres de renda baixa: Dimensão de um problema. Cad Saúde Pública 1991; 7(2):251-266.
18. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública 2006; Nov [citado 2007 Fev 26] ; 22(11): 2473-2479
19. Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.
20. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). Jovens acontecendo na Trilha das Políticas Públicas. Brasília: CNPD, 1998.
21. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. International Journal of Epidemiology 1997; 26:224-227.
22. Carneiro MCMO. Prevalência e características das mulheres com histórico de aborto – Vila Mariana, 2006, (dissertação de mestrado), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.
23. Santos EBC. Aborto induzido: ocorrência e características no antigo subdistrito de Vila Madalena, São Paulo, Brasil – 2000 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2005.
24. Silva RS, Fusco CLB. Aborto provocado: uma realidade ilegal in Miranda-Ribeiro. P. e Simão, A.B. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil, Demografia em Debate, v 2, pg 185-204, 2008.

25. Silva RS. Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 1998; 32(1):7–17.
26. Silva RS. Recorrência ao aborto provocado. In: Os jovens da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998, p. 162-3.
27. Silva RS. Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras. In: Revista brasileira de estudos de população. São Paulo: ABEP; 2002; 19: 2 jul./dez.: p. 249–261.
28. Silva RS, Vieira EM. Aborto provocado: sua dimensão e características entre mulheres solteiras e casadas da cidade de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2009; 25(1):179-187.
29. Arilha-Silva MM. Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução (dissertação de mestrado), Pontifícia Universidade Católica/PUC, São Paulo, 1999, 117p.
30. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Estudo do Programa de Saúde do adolescente de São Paulo, mimeo, 2003.
31. Valappil T, Kelaghan J, Macaluso M, et al. Female condom and male condom failure among women at high risk of sexually transmitted diseases. Sexually Transmitted Diseases 2005; 32(1):35-43.
32. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM, Moyano MF. “*Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*”. publicação da Equipe de Apoio Técnico do FNUAP/ América Latina e Caribe, México, D.F. 2001.
33. 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 de doutoramento apresentada ao departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública – USP, 1992.
34. Silva RS. Cegonhas indesejadas: aborto provocado. Estud Fem 1993; 1(1):123–34.
35. Silva RS. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. In: Revista brasileira de estudos de população. São Paulo: ABEP; 1993; 10: 1/2 jan./dez.: p.41–56.

36. Silva RS. Incidência e características do aborto induzido em São Paulo. In: Encuentro de Investigadores sobre inducido en América Latina y el Caribe. Aspectos metodológicos. Anais. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1994.
37. Silva RS, Morell MG. Aborto e anticoncepção: um estudo em São Paulo, Brasil. In: Anais do XXIV General Population Conference IUSSP; 2001 Ago 18–24; Salvador, Bahia. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2001 [citado 2001 Abr 18]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/iussp2001/cd/GT\\_Rep\\_Hum\\_Silva\\_Morell\\_Text.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/iussp2001/cd/GT_Rep_Hum_Silva_Morell_Text.pdf)
38. Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. In. *Revista Radis – Comunicação em Saúde* (periódico on line), nº 66. Fevereiro de 2008, p. 10-15. Disponível em: <<http://bit.ly/c8TH2i>>. Consultado em: 11 abr. 2009.
39. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. – 6th ed. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2011.

**Tabela 1.** Distribuição dos jovens que iniciaram suas vidas sexuais, segundo sexo e algumas características selecionadas – Favela Inajar de Souza – 2007.

| Variável  | Sexo   |      |          |      |       |      |
|---|--------|------|----------|------|-------|------|
|   | Homens |      | Mulheres |      | Total |      |
|   | n      | %    | n        | %    | n     | %    |
| Total   | 102    | 100  | 99       | 100  | 201   | 100  |
| Engravidou *                                    |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 27     | 26,5 | 57       | 57,6 | 84    | 41,8 |
| Não   | 75     | 73,5 | 42       | 42,4 | 117   | 58,2 |
| Número de gestações *                           |        |      |          |      |       |      |
| 0   | 75     | 73,5 | 42       | 42,4 | 117   | 58,2 |
| 1   | 17     | 16,7 | 37       | 37,4 | 54    | 26,9 |
| 2   | 9      | 8,8  | 15       | 15,2 | 24    | 11,9 |
| 3   | 1      | 1,0  | 3        | 3,0  | 4     | 2,0  |
| 4   | 0      | 0,0  | 1        | 1,0  | 1     | 0,5  |
| 5   | 0      | 0,0  | 1        | 1,0  | 1     | 0,5  |
| Com aborto provocado                            |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 11     | 10,8 | 6        | 6,1  | 17    | 8,5  |
| Não   | 91     | 89,2 | 93       | 93,9 | 184   | 91,5 |
| Número de abortos provocados                    |        |      |          |      |       |      |
| 0   | 91     | 89,2 | 93       | 93,9 | 184   | 91,5 |
| 1   | 8      | 7,8  | 4        | 4,0  | 12    | 6,0  |
| 2   | 3      | 2,9  | 1        | 1,0  | 4     | 2,0  |
| 3   | 0      | 0,0  | 1        | 1,0  | 1     | 0,5  |
| Com filhos *                                    |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 10     | 9,8  | 41       | 41,4 | 51    | 25,4 |
| Não   | 92     | 90,2 | 58       | 58,6 | 150   | 74,6 |
| Gestação não planejada *                        |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 22     | 21,6 | 44       | 44,4 | 66    | 32,8 |
| Não   | 80     | 78,4 | 55       | 55,6 | 135   | 67,2 |
| Cor branca                                      |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 39     | 38,2 | 39       | 39,4 | 78    | 38,8 |
| Não   | 63     | 61,8 | 60       | 60,6 | 123   | 61,2 |
| Estuda  |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 3      | 2,9  | 5        | 5,1  | 8     | 4,0  |
| Não   | 99     | 97,1 | 94       | 94,9 | 193   | 96,0 |
| Grau de instrução                               |        |      |          |      |       |      |
| Menos de 7 anos                                 | 33     | 32,3 | 28       | 28,3 | 61    | 30,3 |
| 8 ou mais anos                                  | 68     | 66,7 | 70       | 70,7 | 138   | 68,7 |
| Sem inf.  | 1      | 1,0  | 1        | 1,0  | 2     | 1,0  |
| Trabalha *                                      |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 48     | 47,1 | 28       | 28,3 | 76    | 37,8 |
| Não   | 54     | 52,9 | 71       | 71,7 | 125   | 62,2 |
| Casado/Unido *                                  |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 20     | 19,6 | 54       | 54,5 | 74    | 36,8 |
| Não   | 82     | 80,4 | 45       | 45,5 | 127   | 63,2 |
| Uso de contraceptivo antes da primeira gestação |        |      |          |      |       |      |
| Sim   | 82     | 80,4 | 70       | 70,7 | 152   | 75,6 |
| Não   | 20     | 19,6 | 29       | 29,3 | 49    | 24,4 |
| Usa contraceptivo sempre *                      |        |      |          |      |       |      |

|                               |    |      |    |      |     |      |
|-------------------------------|----|------|----|------|-----|------|
| Sim                           | 85 | 83,3 | 61 | 61,6 | 146 | 72,6 |
| Não                           | 17 | 16,7 | 38 | 38,4 | 55  | 27,4 |
| Usou pílula do dia seguinte * |    |      |    |      |     |      |
| Sim                           | 27 | 26,5 | 40 | 40,4 | 67  | 33,3 |
| Não                           | 75 | 73,5 | 59 | 59,6 | 134 | 66,7 |
| Sem parceiro(a) sexual        |    |      |    |      |     |      |
| Sim                           | 13 | 12,7 | 21 | 21,2 | 34  | 16,9 |
| Não                           | 89 | 87,3 | 78 | 78,8 | 167 | 83,1 |

\* Proporções diferem, estatisticamente, entre sexo – teste  $\chi^2$  de Pearson, com sig. <0,05.

**Tabela 2.** Distribuição das médias e desvios padrão segundo sexo e algumas características selecionadas para os jovens que já iniciaram suas vidas sexuais – Favela Inajar de Souza – 2007.

| Variável                               | Sexo     | Média | Desvio padrão | Mínimo | Máximo |
|--|----------|-------|---------------|--------|--------|
| Número de pessoas na casa              | Homens   | 4,31  | 1,75          | 1      | 11     |
|  | Mulheres | 4,71  | 2,32          | 2      | 13     |
|  | Total    | 4,51  | 2,06          | 1      | 13     |
| Idade na entrevista                    | Homens   | 19,95 | 2,80          | 14     | 25     |
|  | Mulheres | 19,69 | 2,70          | 15     | 24     |
|  | Total    | 19,83 | 2,75          | 14     | 25     |
| Idade na 1ª relação sexual *           | Homens   | 14,44 | 1,52          | 11     | 19     |
|  | Mulheres | 15,08 | 1,86          | 11     | 19     |
|  | Total    | 14,76 | 1,72          | 11     | 19     |
| Número de gestações *                  | Homens   | 0,41  | 0,74          | 0      | 3      |
|  | Mulheres | 0,92  | 1,05          | 0      | 5      |
|  | Total    | 0,66  | 0,94          | 0      | 5      |
| Número de abortos provocados           | Homens   | 0,16  | 0,46          | 0      | 2      |
|  | Mulheres | 0,10  | 0,42          | 0      | 3      |
|  | Total    | 0,13  | 0,44          | 0      | 3      |
| Número ideal de filhos *               | Homens   | 2,18  | 1,23          | 0      | 11     |
|  | Mulheres | 1,97  | 0,97          | 0      | 9      |
|  | Total    | 2,08  | 1,11          | 0      | 11     |
| Idade ideal para ter para ter filhos * | Homens   | 25,15 | 3,37          | 18     | 31     |
|  | Mulheres | 23,51 | 3,41          | 14     | 32     |
|  | Total    | 24,35 | 3,48          | 14     | 32     |

\* Médias diferem, estatisticamente, entre sexo – “t” de Student, com sig. <0,05.

**Tabela 3.** Modelo de regressão logística sem a variável controle.

| Variável  | $\chi^2$ Wald | Sig.  | OR   | IC 95%         |
|-----------|---------------|-------|------|----------------|
| Homem     | 9,07          | 0,003 | 9,12 | [2,16 ; 38,42] |
| Gestações | 24,61         | 0,000 | 7,29 | [3,33 ; 15,98] |
| Morar só  | 3,41          | 0,065 | 3,22 | [0,93 ; 11,10] |
| Idade     | 3,31          | 0,069 | 0,78 | [0,60; 1,02]   |
| Constante | 0,25          | 0,615 | 0,29 |                |

**Tabela 4.** Modelo de regressão logística com a variável controle (Sem companheiro).

| Variável        | $\chi^2$ Wald | Sig.  | OR    | IC 95%         |
|-----------------|---------------|-------|-------|----------------|
| Sem companheiro | 1,80          | 0,180 | 0,34  | [0,07 ; 1,64]  |
| Homem           | 10,04         | 0,002 | 13,90 | [2,73 ; 70,81] |
| Gestações       | 24,05         | 0,001 | 7,30  | [3,30 ; 16,15] |
| Morar só        | 4,48          | 0,034 | 4,32  | [1,11 ; 16,77] |
| Idade           | 4,16          | 0,041 | 0,73  | [0,55 ; 0,99]  |
| Constante       | 0,01          | 0,929 | 1,29  |                |