

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**

**Características de mulheres internadas por aborto em  
uma maternidade pública em Recife - PE: dimensão  
do problema e sua relação com a prática  
contraceptiva**

**Regina Célia Borges de Lucena**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC / CpqAM / FIOCRUZ / MS, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Freese Maia de Carvalho.

Recife, 2000

## AGRADECIMENTOS

Pessoas importantes fizeram parte, de alguma forma, desta caminhada. A elas, meu agradecimento e carinho:

Meu orientador, Eduardo Freese de Carvalho, por compartilhar do processo de elaboração deste trabalho de maneira fundamental, indicando passos a serem seguidos de forma clara e concisa. Também por me trazer à tona em meus eventuais mergulhos em dificuldades e imprecisões, através de uma atitude de compreensão disciplinadora.

Aos funcionários da Enfermaria de Puerpério Patológico da Maternidade Professor Antonio Moraes - Cisam, pela disponibilidade em cooperar com a pesquisa, facilitando minha inserção em um serviço que eu não conhecia.

Às mulheres participantes da pesquisa, que me emocionaram pela sensibilidade, e por dividirem conosco suas opiniões e sentimentos.

Ao meu filho Lauro que, em sua precoce compreensão de minha dificuldade em conciliar as situações diversas que este trabalho nos trouxe, esteve sempre solidário comigo.

Aos meus pais, pelo apoio desde sempre, amizade e companheirismo nas lutas do nosso cotidiano, sempre compartilhado.

Aos colegas de Mestrado: novas idéias a serem apreendidas em conjunto, nossas diferenças quase sempre conciliáveis, enfim, tudo valeu. Especialmente Mariza Araújo e Fábio Lessa, pelas sugestões oferecidas ao longo do caminho.

A Telma Melo, mais que colega de Mestrado, companheira de jornada, generosa em ouvir, compreender e trocar experiências em nossas angústias, alegrias, dúvidas.

A Zulma Medeiros, pesquisadora do CpqAM, pessoa fundamental em minha formação profissional, mas essencialmente uma grande amiga, com quem tenho sempre contado. Agradeço pela sensibilidade em sugerir reformulações primordiais nesta dissertação.

Ao Professor Aurélio Molina, pela colaboração importante desde o momento da aula de qualificação, com sugestões e referências que trouxeram novas possibilidades a questões que pareciam resolvidas.

A Mégine Cabral, bibliotecária do Nesc, pela contínua e cuidadosa colaboração na revisão bibliográfica deste e de outros trabalhos.

A Adriana Buarque, do Centro de Documentação do SOS-Corpo, por disponibilizar um amplo volume de material bibliográfico, de maneira especialmente atenciosa.

Ao Laboratório Organon, pela forma imediata e elegante com que atendeu minha solicitação por material informativo sobre sexualidade e contracepção, que foi utilizado na pesquisa.

Enfim, a todas as pessoas que participaram deste momento, tão importante para mim. A sensação de finalização de um ciclo vem estranhamente acompanhada pela preocupação de que há (muitos) outros a cumprir. Como o poeta escreveu: “Condenado a escrever fatalmente o mesmo poema e ele não alcança perfil definitivo.

Talvez nem exista. Perseguem-me quimeras.

O problema não é inventar. É ser inventado

hora após hora e nunca ficar pronta

nossa edição convincente.”

Carlos Drummond de Andrade, em canções de alinhavo

## RELAÇÃO DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

AGI: *The Alan Guttmacher Institute*

BEMFAM: Sociedade Civil de Bem Estar Familiar

Cisam: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

DIU: Dispositivo Intra-Uterino

DP: Desvio Padrão

Drogas EP: preparados hormonais, compostos por associação de estrógeno e progesterona em alta dosagem

DST: Doença Sexualmente Transmissível

Epi-Info: sistema de informática utilizado em microcomputadores para processamento e análise de dados epidemiológicos

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

RR: Risco Relativo

p: valor de significância estatística

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

## RESUMO

No presente trabalho, o aborto foi investigado a partir dos internamentos por complicações pós-aborto em uma maternidade pública de Recife - PE. O objetivo geral foi conhecer e avaliar características epidemiológicas das mulheres internadas por complicações de aborto na maternidade do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros. O desenho adotado é do tipo epidemiológico observacional de corte transversal, e o estudo foi conduzido no período de 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000, quando foram realizadas entrevistas com questionário estruturado, contendo questões sobre características sócio-econômicas e história reprodutiva das mulheres.

O trabalho consistiu em traçar o perfil das mulheres que procuraram o serviço, tentando identificar a proporção de abortos induzidos e gestações não planejadas, que são relacionados à prática de contracepção: a compreensão do papel dos métodos anticoncepcionais e sua forma de utilização pelas mulheres, podem ajudar à visualização do evento aborto induzido enquanto parte de uma complexa rede de determinações, da qual a necessidade de acesso a serviços contraceptivos de qualidade é certamente um importante elo. Entretanto, discutir métodos anticoncepcionais não significa, mais uma vez, culpabilizar a mulher por uma gravidez não planejada, mas sim discutir sob quais bases está constituído o chamado planejamento familiar, tendo em vista o papel que vem sendo historicamente exercido e transformado pela mulher.

Um total de 203 casos de abortos foi investigado durante o período de estudo. Destes, 49 (24%) corresponderam a casos de aborto induzido, na maior parte das vezes com a utilização do misoprostol. Um total de 148 (73%) dos casos de aborto era resultante de gestação não planejada. O estado marital solteira mostrou-se um determinante importante para os dois eventos.

A dificuldade em manter uma prática contraceptiva regular, diante da limitação das opções disponíveis para as mulheres, parece ser uma questão fundamental para a ocorrência de gestações não planejadas, que representam o fracasso das estratégias utilizadas para a regulação de fecundidade, e aponta para necessidades prementes neste sentido.

Palavras-chave: Aborto; Planejamento Familiar; Métodos Anticoncepcionais; Epidemiologia.

## **ABSTRACT**

In this work, the abortion has been investigated from the hospitalizations as a result of the post-abortion complications in a public maternity of Recife, the capital of the state of Pernambuco in the Northeast of Brazil.

The main aim was to recognize and to evaluate the epidemiologic characteristics of hospitalized women by the complications of abortions in the maternity of the Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros.

The adopted design is the observational epidemiologic of transversal incision, and the study was developed from July 1<sup>st</sup>, 1999 to January 31<sup>st</sup>, 2000 when interviews were realized using a specific questionnaire about socioeconomic characteristics and reproductive history of women.

The work made a profile of the women who searched for the service, trying to identify the rate of induced abortions and non-planned gestations which are related to the contraception practice: the comprehension of the role of contraception methods and its utilization by the women, may help to visualize the induced abortion as a part of a complex chain of determinations, in which the necessity of the women to have access of qualified contraceptive services is certainly an important link.

However, to discuss the contraceptive methods does not mean, once again, to blame the woman for a non-planned gestation, but it does mean to discuss on which basis rests the family planning, by taking a sight of the role that has been historically performed and transformed by the woman.

A total of 203 cases of abortion were investigated during the period of study. 49 (24%) cases of induced abortion using misoprostol, and 148 (73%) cases of abortion due to non-planned gestations. The marital status – single – has been shown as an important determinant for both events.

The difficulty in keeping a regular contraceptive practice, caused by the lack of available options, seems to be a fundamental question to the occurrence of non – planned gestations, which represents the failure of strategies used to regulate the fecundity and drives to urgent needs in this way.

Key Words — Abortion; Family Planning; Contraceptive Methods; Epidemiology.

# RELAÇÃO DE TABELAS, QUADROS E ANEXOS

## TABELAS:

Página

Tabela 1 - Distribuição dos casos segundo tipo de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 41

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com faixa etária e estado marital. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 43

Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com nível de escolaridade, ocupação e renda familiar. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 44

Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com religião e raça. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 44

Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com o resultado de gestações anteriores. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 46

Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com a utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 47

Tabela 7 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com a utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 48

Tabela 8 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com o conhecimento de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 49

Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com a intenção futura de utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 49

Tabela 10 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com diagnóstico de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 50

Tabela 11 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com faixa etária e estado marital. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 52

Tabela 12 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com nível de escolaridade, ocupação e renda familiar. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 53

Tabela 13 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com religião e raça. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 53

Tabela 14 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com resultado das gestações anteriores. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000. 55

**Tabela 15 - Características da mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com a utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**56**

**Tabela 16 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com método contraceptivo utilizado. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**57**

**Tabela 17 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com o conhecimento de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**58**

**Tabela 18 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com a intenção por utilização futura de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**59**

**Tabela 19 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com o diagnóstico de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**59**

**Tabela 20 - Distribuição das mulheres que tiveram aborto induzido, segundo forma de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**60**

**Tabela 21 - Distribuição das mulheres que tiveram aborto induzido, segundo características do processo de tomada de decisão. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**61**

## **QUADROS:**

**Quadro 1 - Valor estatístico das razões de frequências dos grupos de abortos induzidos e espontâneos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**42**

**Quadro 2 - Valor estatístico das razões de frequências dos grupos de gestações planejadas e não planejadas. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

**50**

## **ANEXOS:**

**Anexo I - Critérios para classificação de aborto provocado, OMS, 1978**

**Anexo II - Instrumento de coleta de dados**

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>1.1 - Conceituações Gerais sobre Aborto:</b>	<b>2</b>
<b>1.2 - Situação de Legalidade e Magnitude do Problema</b>	<b>4</b>
1.2.1 - <i>Uma Breve História do Aborto</i>	4
1.2.2 - <i>Quadro Atual da Legislação sobre Aborto</i>	6
1.2.3 - <i>A Igreja Católica e o Pensamento sobre Aborto: sob o signo do dissenso</i>	8
1.2.4 - <i>A Questão Social, as Formas e os Números do Aborto</i>	9
<b>1.3 - Questões sobre Gênero e Saúde Reprodutiva</b>	<b>13</b>
1.3.1 - <i>Homens e Mulheres Através da História: uma relação em contínua construção</i>	13
1.3.2 - <i>Saúde Reprodutiva, Métodos Contraceptivos e a Condição Feminina</i>	15
<b>1.4 - Política Demográfica, Prática Contraceptiva e Aborto Induzido: compreendendo algumas relações</b>	<b>20</b>
1.4.1- <i>Política Demográfica e Planejamento Familiar: onde termina a escolha e começa o controle</i>	20
1.4.2 - <i>Declínio de Fecundidade e Prática Contraceptiva no Brasil: dimensões e contradições</i>	24
1.4.3 - <i>Dinâmica do Uso de Contraceptivos: dificuldades e (des)motivações</i>	28
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>33</b>
<b>2.1 - Objetivo Geral</b>	<b>33</b>
<b>2.2 - Objetivos Específicos</b>	<b>33</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>34</b>
<b>3.1 - Local de Estudo</b>	<b>35</b>
<b>3.2 - O Estudo Descritivo: possibilidades e limitações</b>	<b>36</b>
<b>3.3 - Coleta de Dados</b>	<b>37</b>
3.3.1 - <i>Definição de Caso</i>	37
3.3.2 - <i>Entrevista</i>	37
<b>3.4 - Definição de Conceitos</b>	<b>38</b>
<b>3.5 - Definição Operacional de Variáveis</b>	<b>39</b>
3.5.1 - <i>Variáveis independentes:</i>	39
3.5.2 - <i>Variáveis dependentes:</i>	39
<b>3.6 - Tratamento Estatístico</b>	<b>42</b>
<b>3.7 - Considerações Éticas</b>	<b>43</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>45</b>
<b>4.1 - Os Grupos de Abortos Espontâneos x Abortos Induzidos</b>	<b>45</b>
4.1.1 - <i>Características Sócio-econômicas</i>	45
4.1.2 - <i>Características Reprodutivas</i>	49

<b>4.2 - Os Grupos de Gestações Planejadas x Gestações Não Planejadas</b>	<b>54</b>
4.2.1 - <i>Características Sócio-econômicas</i>	55
4.2.2 - <i>Características Reprodutivas</i>	58
<b>4.3 - O Grupo de Abortos Induzidos</b>	<b>64</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>67</b>
<b>5.1 - Os Grupos Espontâneos x Induzidos</b>	<b>67</b>
<b>5.2 - Gestações Planejadas x Não Planejadas</b>	<b>72</b>
<b>5.3 - O Grupo de Abortos Induzidos</b>	<b>75</b>
<b>5.4 - Sobre Gênero e Epidemiologia: possibilidades de análise</b>	<b>78</b>
<b>6. CONCLUSÕES</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>84</b>

# INTRODUÇÃO

*Há uma discussão interminável sobre corpos e sobre a vida. Há muitas vozes, muitos conceitos em jogo, muitas falas em nome de Deus... O conflito é de longa data e possivelmente infundável. Não há consenso. Por que haveria de ter? Importante é saber onde nós estamos neste debate - onde estão nossas lágrimas, nossas dores comuns e desejos de vida plena.*

Haidi Jarshel, no artigo “Variações sobre o bem e o mal”

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 - *Conceituações Gerais sobre Aborto:*

Aborto é definido como a interrupção da gravidez antes que o feto seja viável para sobrevivência extra-uterina, condição definida pelo tempo de gestação ou peso do feto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1977 considera os seguintes limites: feto ou embrião de peso igual ou menor que 500 g, correspondendo a aproximadamente 20 até 22 semanas de gestação (Figo, 1977). Por este motivo, estes são os limites utilizados na maioria dos países; estão de acordo com a definição de mortinatalidade recomendada pela OMS, e são também os limites estabelecidos na Classificação Internacional de Doenças.

Ainda segundo a OMS (1970), do ponto de vista epidemiológico, a grande maioria dos abortos ocorre antes da 20ª semana de gestação ou 500, até mesmo 400 gramas. É este limite que Viana (1990) considera: o conceito inviável possui, ao nascer, 20 semanas ou menos de vida e, ainda, peso inferior a 500 gramas. A maioria dos autores considera, de fato, até a 22ª semana de gravidez (Grupo Curumin, 1995; Verardo, 1995).

Além disso, a Organização estabelece, no plano clínico, uma distinção entre abortos precoces - mortes fetais ocorridas antes da 12ª semana de gestação - e abortos tardios, os que ocorrem entre a 12ª e a 20ª semana.

De maneira adequada, o processo de interrupção de gravidez é chamado de abortamento, enquanto que o termo aborto é utilizado para denominar o produto eliminado pela cavidade uterina. Optamos por utilizar a palavra aborto, por ser mais usual e, portanto, de fácil apreensão.

As seguintes formas clínicas de aborto são consideradas por Viana (1990):

- *Ameaça de aborto:* sangramento uterino discreto e intermitente, acompanhado ou não de cólicas abdominais, caracteriza-se como ameaça de abortamento. A avaliação da possibilidade de continuação da gravidez é feita através de exame clínico e, principalmente, exame ultrassonográfico.
- *Aborto inevitável:* é caracterizado pelo seguinte quadro: sangramento abundante, cólicas muito intensas, colo do útero dilatado. Também o rompimento da membrana amniótica, surgimento de infecção intrauterina ou presença de ovo

cego<sup>1</sup> podem ser sinais de abortamento inevitável, quando apenas o ovo permanece no útero, mas sua expulsão já está em caminho.

- *Aborto completo*: é mais frequente até a 8ª semana de gestação, e há expulsão de todo o ovo ou, em fases mais avançadas, de feto e placenta. As cólicas deixam de ocorrer e o sangramento é bastante discreto.
- *Aborto incompleto*: nesta forma, somente parte do concepto foi expulso, persistindo sangramento e cólicas uterinas devido aos restos ovulares retidos no útero.
- *Aborto infectado*: a infecção, classificada em diferentes graus, pode ser desde limitada ao útero, podendo propagar-se por toda região pélvica, até a infecção generalizada. Geralmente surge como consequência de manipulação uterina no abortamento provocado em condições inadequadas.
- *Aborto retido*: nesta forma, o concepto morre, mas não há sua expulsão, o que deveria acontecer em um período de 3 a 4 semanas. Os sintomas da gravidez diminuem paulatinamente, e ocorrem sintomas de abortamento, porém não há expulsão do ovo no prazo previsto.
- *Aborto habitual*: quando ocorrem três ou mais abortamentos consecutivos e espontâneos.

Os abortos podem ser classificados como espontâneos, quando acontecem devido a fatores de ordem natural, e sua etiologia é bastante ampla: várias anomalias cromossômicas no espermatozóide ou óvulo podem gerar um ovo defeituoso, levando à morte embrionária. Também a maior idade materna, maior número de gestações e abortamentos anteriores são considerados fatores de risco. Ainda deficiências hormonais, infecções, doenças maternas, alterações na anatomia do útero, ou a presença do Dispositivo Intra-Uterino (DIU), e algumas viroses podem ser consideradas causas de aborto espontâneo (Viana, 1990).

Os abortos são classificados como induzidos ou provocados, quando a expulsão do feto é realizada com interferência externa. Os abortos induzidos podem ser provocados através de uma grande variedade de agentes químicos ou mecânicos, que vão desde métodos rudimentares, como a introdução de objetos no útero (agulhas de tricô, galhos de árvores e outros objetos perfurantes), à utilização de chás e medicamentos abortivos, até intervenções cirúrgicas que, bem

---

<sup>1</sup> Ovo cego ou vazio consiste na presença do saco gestacional sem o embrião, ou gravidez anembrionada. É causa frequente de abortos espontâneos (Viana, 1990).

monitoradas, oferecem pouco risco à saúde da mulher (Grupo Curumin, 1995; Verardo, 1995).

Quando provocado com métodos rudimentares ou em condições de baixa higiene, o aborto clandestino pode figurar como causa importante de morbimortalidade em mulheres. Realizado em condições de risco, este pode provocar complicações como: infecções graves, choque hemorrágico, perfuração do útero com necessidade de remoção cirúrgica e até levar a morte da paciente (Verardo, 1995).

O conceito de aborto seguro se configura na situação ideal, na qual o aborto é permitido em lei, e recebe o atendimento necessário por parte dos serviços de saúde que, devidamente estruturados, devem oferecer tanto a assistência psicossocial para as mulheres no momento da decisão de abortar, como a qualidade da atenção à saúde que devem ter no atendimento do evento em si (Rede Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, 1993).

## ***1.2 - Situação de Legalidade e Magnitude do Problema***

### *1.2.1 - Uma Breve História do Aborto*

O aborto é conhecido desde os tempos mais remotos da humanidade, e sua aceitação sempre variou entre as diferentes épocas e sociedades.

Tanto nas sociedades primitivas, quanto entre as diversas culturas da Antiguidade, a aprovação do aborto esteve estreitamente ligada aos papéis sexuais, não havendo uma posição única. Na antiga Grécia, por exemplo, o aborto era amplamente aceito, sem grandes restrições morais ou jurídicas. Em Roma, o aborto também era uma prática comum, especialmente quando a natalidade estava em ascensão. A proibição surgiu quando do declínio do Império Romano, e o aborto provocado passa a ser considerado crime contra a segurança do Estado, o que, ainda assim, não impedia a ampla realização impune do aborto (Frente de Mulheres Feministas, 1980; Mori, 1997).

A mudança substancial de mentalidade aconteceu com o advento do Cristianismo, que condenou o aborto desde o início, assemelhando-o ao assassinato

e, portanto, contrário à soberania de Deus sobre a vida humana e ao processo generativo (Mori, 1997).

Mesmo assim, ao longo da Idade Média até a metade do século passado, o aborto continuou a ser uma prática muito difundida, e as sanções penais contra ele variavam muito de um lugar para o outro, mesmo porque não havia consenso a respeito do início da alma no feto (Frente de Mulheres Feministas, 1980).

O aborto continua a se expandir largamente durante o século XIX, especialmente entre as classes populares. A lei inglesa de 1803 que punia severamente o aborto veio trazer um novo quadro para a situação anterior de contradições. A condenação era baseada na justificativa primeira de que a intervenção (como qualquer intervenção cirúrgica) representava ameaça à vida da mulher, diante das péssimas condições sanitárias da época. Escondia-se sob esta justificativa a necessidade de ampliação da mão-de-obra barata, no início da Industrialização. O avanço da Medicina Científica, e as descobertas da Embriologia sobre o contínuo desenvolvimento embrionário só vêm respaldar as novas leis proibitivas que passam a vigorar na Europa e América até as primeiras décadas do século XX (Frente de Mulheres Feministas, 1980; Portella, 1995; Mori, 1997).

A legislação sobre aborto, desde então, vem evoluindo diferentemente nos diversos países, de acordo com o seu grau de desenvolvimento, e segundo questões políticas e estratégicas. Na Rússia, após a formação do bloco socialista europeu, em 1917, o Estado passa a oferecer pela primeira vez o aborto legalizado, de acordo com o novo rumo dado às políticas sociais, aí incluídas as que tratavam da saúde da mulher trabalhadora. Esta liberalização sofreu retrocesso em 1936, diante da necessidade do Estado em produzir mão-de-obra e soldados, e os abortos passaram a ser realizados de acordo com restritas razões médicas (Remmennick, 1991).

As restrições estendem-se a alguns países da Europa Ocidental, em virtude da necessidade de recuperar a grande perda de vidas durante a Primeira Guerra Mundial. A motivação natalista também guiou o regime nazifascista, então em franca ascensão, e que punia o aborto com pena de morte. Os exageros do pensamento fascista arrefeceram após a Segunda Guerra Mundial, entretanto, as leis continuaram, de maneira geral, bastante restritivas (Frente de Mulheres Feministas, 1980).

Durante os anos 50, são os países socialistas da Europa Oriental Central a declarar o aborto legal, se dentro do primeiro trimestre de gravidez. Impulsionados pela emergência de um Movimento Feminista fortemente articulado e pela consolidação do Estado de Bem-Estar Social, a partir da década de 60 quase todos os países desenvolvidos seguem a tendência e promovem mudanças permissivas na legislação do aborto (Henshaw, 1987). Portanto, o grupo de países que atualmente permite o aborto legalmente inclui, de um modo geral, países desenvolvidos, que possuem legislação avançada em relação ao assunto (Portella, 1995; Revista Veja, 1998).

### *1.2.2 - Quadro Atual da Legislação sobre Aborto*

Atualmente, há uma grande diversidade de situações delimitadas para a permissão legal do aborto: risco de vida para a gestante; razões eugênicas (quando o feto possui graves anomalias); gravidez resultante de estupro; ou os chamados abortos “a pedido”, realizados por solicitação da gestante. A legalidade de cada uma destas situações é apreciada diferentemente pela legislação dos diversos países (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

Henshaw (1990) reuniu uma classificação entre os países e territórios dependentes com mais de 1 milhão de habitantes, segundo os critérios de realização do aborto legal:

- 52 países deste grupo, nos quais habita 25% da população mundial correspondem à categoria mais restritiva: os abortos são proibidos, exceto para salvar a vida da mulher.
- 42 países, com 12% da população mundial, admite motivos médicos mais amplos: para prevenir uma ameaça à saúde geral da mulher e, às vezes, por razões genéticas ou jurídicas (como estupro ou incesto).
- 13 países, com 23% da população mundial, considera razões sociais ou sociais e de saúde.
- 25 países, com cerca de 40% da população mundial, enquadram-se na categoria menos restritiva, na qual o aborto é entendido como um direito da mulher até um determinado momento da gestação - limite que varia entre os países.

De acordo com o Código Penal, desde 1940 o Brasil permite o aborto em caso de risco de vida para a mãe e de estupro. Há jurisprudência que permite a intervenção em caso de anomalia fetal (Souza, 1995; Verardo, 1995).

Em alguns casos, a legalização do aborto atende a necessidades do Estado que não correspondem propriamente à preocupação com a proteção à saúde da mulher. A China, por exemplo, utiliza o aborto como estratégia de controle populacional, desenvolvida de forma muitas vezes autoritária (Li et al., 1990; Hartmann, 1987). Na Índia, o aborto serve, contraditoriamente, como instrumento de opressão à mulher: os fetos femininos, logo que identificados, são abortados, já que se considera um problema ter filhas mulheres numa cultura onde o sexo feminino é desvalorizado, tratado como mercadoria de baixo valor (Rede Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, 1993).

Mesmo o processo de legalização do aborto nos países desenvolvidos, apesar de apresentar traços inequívocos de avanços, não tem sido linear. Após transporem os difíceis processos de reformas da legislação, estes países vivem o contínuo embate de fluxos e refluxos da liberalização. Além disso, permanecem como barreiras: a real disponibilização pelo Estado, de serviços de saúde que realizem o aborto; o código de ética dos profissionais de saúde, que permite ao médico não realizar o aborto de acordo com sua opção moral; e a necessidade de programas contraceptivos mais amplos, que contemplem o acesso a informações e possibilidades concretas na saúde reprodutiva (Frente de Mulheres Feministas, 1980; Portella, 1995).

Apesar disso, vem se mantendo a tendência mundial de liberalização das leis sobre o aborto. Entre os países que tornaram suas leis menos restritivas nos últimos anos, há motivações das mais diversas: alguns destacam a necessidade de reduzir a morbi-mortalidade resultante de abortos ilegais; outros sustentam que deve-se garantir às mulheres de baixo poder aquisitivo igual acesso ao serviço, antes só disponível para mulheres de classe média e alta; outros, ainda, defendem o direito que as mulheres têm de decidir sobre a gravidez e maternidade; pesa também a favor do aborto, em uns poucos países, como já mencionado, a questão do controle do crescimento demográfico (Henshaw, 1987).

A tendência liberalizante dos últimos anos não encontra espaço para modificações nas rígidas leis sobre aborto da América Latina. Apesar das tentativas de liberalização, dois terços dos países permitem o aborto apenas em casos de risco

de vida para a mulher, sete países o permitem também em caso de estupro ou incesto e três países não o permitem sob nenhuma condição (Henshaw, 1987).

Apenas em Cuba o aborto é permitido desde 1964, sendo considerados ilegais os abortos realizados com a finalidade de lucro, ou por pessoal não qualificado, ou, ainda, sem a permissão da mulher. Do final dos anos sessenta até final dos anos 80, as estatísticas mostram tendência ascendente das taxas de aborto induzido em Cuba, mas com diminuição de 60% das mortes maternas relacionadas a este procedimento entre os anos 1970 e 1990 (Cabezas-Garcia et al., 1998).

Barroso (1989) observa duas especificidades muito marcantes na história dos países latino-americanos no que diz respeito ao contexto sócio-político no qual o aborto é realizado: a condição de pobreza de grandes setores da população e a atuação sistemática da Igreja Católica. Estes dois pontos marcantes merecem maior atenção.

### *1.2.3 - A Igreja Católica e o Pensamento sobre Aborto: sob o signo do dissenso*

Em relação ao pensamento católico sobre o aborto, é importante perceber que, embora a doutrina cristã tenha, de início, condenado irrefutavelmente o aborto, esta posição não tem sido uniforme ao longo da história da Igreja Católica que, aliás, é marcada pelo signo da divergência sobre o assunto.

Na doutrina católica, o problema central do aborto gira em torno de quando o feto pode ser considerada pessoa, ou, a partir de que momento a alma entra no corpo?

O teólogo Tomás de Aquino defendia a tese de animação tardia do feto, segundo a qual a união do corpo e da alma só acontece quarenta dias depois da concepção, para os homens, e oitenta dias depois, para as mulheres. Antes disso, portanto, a interrupção da gravidez não poderia ser considerada um atentado à vida humana (Frente de Mulheres Feministas, 1980; Hurst, 1992; Católicas pelo Direito de Decidir, 1997).

Este pensamento converteu-se em dogma da fé católica no século XIV e predominou oficialmente até meados do século passado. Diante da adoção oficial da restrição ao aborto por vários países e as discussões morais daí resultantes, o papa Pio IX modifica a norma oficial da Igreja, recomendando a excomunhão por aborto

que, praticado sob quaisquer que sejam as circunstâncias, é considerado homicídio. Com isso, responde tanto à exigência de uniformidade na normativa eclesiástica, como às complexas mudanças sócio-políticas relacionadas à natalidade (Frente de Mulheres Feministas, 1980; Portella, 1995; Católicas pelo Direito de Decidir, 1997).

A normatização da fé, porém, esteve sempre pontuada por discussões e reflexões sobre a problemática do aborto por teólogos, teólogas e até mesmo membros da hierarquia católica. A moralidade católica passa ao largo da realidade de milhões de mulheres que adotam o aborto clandestino como solução para uma gravidez não desejada no contexto de suas vidas, a despeito mesmo de sua fé católica (Católicas pelo Direito de Decidir, 1997; Kissling, 1998).

A postura atual da Igreja é a de reafirmação da condenação do aborto e emprego de métodos contraceptivos artificiais (Prado, 1995). Apesar de estar evidente que a maioria dos católicos superou a percepção de sexualidade que a Igreja propõe (Hurst, 1992), a participação desta nas decisões políticas sobre o assunto é extensa e, muitas vezes, determinante em políticas sobre planejamento familiar e aborto (Kissling, 1998).

#### *1.2.4 - A Questão Social, as Formas e os Números do Aborto*

A questão da situação econômica funciona não exatamente como determinante na incidência do aborto, mas como diferencial na forma de sua realização. Em muitos destes países, a proibição criou uma situação de clandestinidade ambígua, onde as mulheres mais favorecidas economicamente realizam suas intervenções em clínicas especializadas e assépticas, enquanto que as mulheres pobres aventuram-se em violentos auto-abortos ou com pessoas inabilitadas. A solução da gravidez indesejada via aborto induzido é uma prática comum a todas as classes sociais, pactuada pela inócua punição da legislação vigente e omissão do Estado em relação à prestação de assistência à saúde da mulher, neste sentido.

O relatório do “The Alan Guttmacher Institute” (AGI), de 1994, analisa a situação do aborto clandestino na América Latina a partir de pesquisa conjunta dos investigadores de cada país e do AGI, de Nova Iorque, estudando pesquisas de

fecundidade e número de hospitalizações por complicações pós-aborto, além de pesquisas junto aos profissionais de saúde que lidam com os eventos nesta região.

Partindo dessas informações, o AGI identifica diferentes grupos e fontes de aborto clandestino na América Latina, tanto nos tipos de serviços de aborto à disposição das mulheres de acordo com sua renda familiar. De acordo com os dados apresentados, o risco de complicações médicas é três vezes maior para as mulheres pobres das áreas urbanas e rurais, em relação às mulheres urbanas de nível superior.

A utilização do Misoprostol (de nome comercial Cytotec) a partir de 1988, como uma alternativa a métodos abortivos invasivos, contribuiu para uma redução das complicações pós-aborto e, portanto, da mortalidade materna<sup>2</sup> no Brasil (Grupo Curumin, 1995). Ao mesmo tempo, favoreceu um aumento nas admissões hospitalares por aborto, já que, por sua baixa propriedade abortifaciente, dificilmente consegue provocar aborto completo (Wolffers et al., 1991; Coelho et al., 1993).

Sendo uma medicação indicada para a prevenção de úlceras gastroduodenais que tem entre seus efeitos colaterais a ação estimulante sobre a musculatura uterina, capaz de induzir o aborto, passou a ser usado pelas mulheres no Brasil a partir de 1988, em quantidade e forma empiricamente padronizadas. A proibição da comercialização do medicamento, em lugar de reprimir sua utilização, criou um verdadeiro “mercado negro”, controlado pelos balconistas de farmácias e perpetuado pela facilidade e custo mais acessível na utilização da droga (Grupo Curumin, 1995; Portella, 1995). A preocupante associação entre a utilização do misoprostol e ocorrência de malformações congênitas (Fonseca et al., 1991) vem se contrapor a estas facilidades, principalmente considerando que é difícil dimensionar a proporção de mulheres que utilizam a droga mas não conseguem abortar.

É ainda importante a utilização de drogas com combinação de altas dosagens de estrógeno e progestágeno (chamadas drogas EP de alta dosagem) nos países subdesenvolvidos como método abortivo. Usadas a partir dos anos 40 para o tratamento de alterações menstruais, popularizaram-se como “teste hormonal de gravidez”, de acordo com o seguinte raciocínio: se a mulher estiver grávida, o

---

<sup>2</sup> Mortalidade Materna é a medida de mortes maternas, que são aquelas ocorridas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, por complicações desses estados ou devidos a doenças preexistentes e agravadas por eles. A taxa ou coeficiente de Mortalidade Materna relaciona essas mortes ao número de nascimentos vivos através da seguinte expressão (Laurenti 1995):

Taxa ou coef. de Mort. Materna =  $\frac{\text{n}^\circ \text{ de mortes maternas em dada área e ano}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos na mesma área e ano}} \times 100.000$

sangramento não ocorrerá devido ao efeito protetor da progesterona produzida pelo organismo nesta fase.

A partir dos anos 60, os efeitos teratogênicos destas drogas começaram a ser reconhecidos e divulgados nos círculos médicos; Em 1981, a OMS desaconselhou seu uso como teste de gravidez. As drogas EP de alta dosagem foram, não sem resistência por parte da indústria farmacêutica, retiradas de mercado nos países desenvolvidos ao final dos anos 70. Entretanto, continuaram a ser produzidas até final da década de 80, especialmente para ser exportadas aos países subdesenvolvidos, seus grandes consumidores.

Embora a forma oral das drogas EP de alta dosagem tenham sido definitivamente retiradas, formas injetáveis são ainda largamente utilizadas em vários países como forma de provocar abortos: Índia, Filipinas, Malásia, Indonésia, Colômbia, Peru, Chile e Brasil são alguns dos países onde o emprego inadequado de drogas EP de alta dosagem tem sido verificado (Wolffers et al., 1991).

Entre abortos legais, Henshaw (1987) chega à estimativa de 33 milhões de abortos por ano. Somando-se as estimativas de abortos ilegais, este número se elevaria a cerca de 40 a 60 milhões por ano. Portanto, a estimou-se que a taxa mundial oscila entre 37 a 55 abortos por 1000 mulheres em idade reprodutiva.

O fato de a mulher viver em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, apesar representar diferentes abordagens na legislação sobre o assunto, não diferencia os níveis globais de aborto: 30 por 1000 e 34 por 1000, respectivamente. Levando-se em conta que na região do Leste Europeu os níveis de aborto são significativamente mais altos, as taxas de aborto podem ser consideradas até mais elevadas nos países em desenvolvimento: 17 por 1000 na Europa e 23 por 1000 nos países em desenvolvimento juntos, onde a maior parte destes abortos são ilegais (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

De acordo com estimativas recentes, o AGI apresenta a estimativa de aproximadamente 20 milhões de abortos ilegais por ano no mundo, que estariam assim distribuídos: metade na Ásia, 25% na África, 20% na América Latina e os 5% restantes, principalmente no Leste Europeu.

A partir de um ajustamento nos números oficiais de mulheres tratadas por complicações pós-aborto, no último ano com dados consolidados em cada país da América Latina, o AGI (1994) chegou ao impressionante número de 288.670 casos no Brasil em 1991. Partindo da premissa de que nem todas as mulheres que fazem

aborto induzido necessitam ou recorrem de fato à hospitalização, utilizou-se um método multiplicador que reflita a probabilidade de casos adicionais “ocultos” a partir do número de internações. O total estimado de abortos induzidos no Brasil foi de 1.443.350, numa proporção de 44 casos por 100 nascidos vivos. Fica evidente a disputa entre nascimentos e abortos, e o relatório conclui que o aborto induzido responde pela resolução de 31% do total de gestações no país.

Os abortos constituem, no país, a 5<sup>a</sup> causa de internação na rede SUS, responsáveis por 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades por causa tubária (Brasil, 1999).

A limitação das estatísticas oficiais e a grande variação entre dados e estimativas existentes sobre o assunto refletem o desconhecimento da real magnitude do problema e, portanto, a dificuldade de intervenção sobre suas conseqüências na saúde.

Obter informações sobre números de abortos é uma tarefa complicada nos países onde o aborto não é permitido ou sofre restrições sérias em lei. Quase sempre os dados baseiam-se em estimativas construídas a partir de uma variedade de fontes, para se chegar mais próximo da realidade, ainda que certamente com muitas perdas.

Embora ilícito no país, o aborto é realizado em grandes proporções, na maior parte das vezes em condições inseguras, o que certamente explica a forte e constante participação desse evento como causa de mortalidade materna, já identificada por diversos autores (Souza, 1994; Laurenti, 1995).

No âmbito da saúde pública, há seguidas tentativas de visualizar os diversos aspectos significativos do problema, a despeito das dificuldades metodológicas, tabus e preconceitos que permeiam o tema (Boehs et al., 1983; Martins et al., 1991; Souza, 1995; Costa et al., 1995; Silva, 1998).

### **1.3 - Questões sobre Gênero e Saúde Reprodutiva**

#### *1.3.1 - Homens e Mulheres Através da História: uma relação em contínua construção*

Verardo (1995) observa com bastante lucidez a histórica apropriação do corpo feminino: regido por padrões culturais que determinam uma estética adequada ao desejo masculino; padrões econômicos onde modelos de corpo e comportamento correspondem a estirpes sociais a serem demonstradas; padrões morais e religiosos, que encobrem e culpabilizam o corpo da mulher, suscitador do pecado original; padrões de mídia, inconstantes, alucinados, que colocam novos “protótipos” no mercado a intervalos de tempo cada vez menores. Studart (1990: 31) constata, nesse sentido, que “dos objetos da sociedade de consumo (feitos para se deteriorar depressa), ela [a mulher] é o que mais cedo entra em obsolência”.

Analisando as relações entre homens e mulheres através dos tempos, Muraro (1992) recupera a história das primeiras sociedades humanas, de natureza matricêntrica, onde as relações sociais e atividades do grupo aconteciam em torno da mulher, sem que houvesse necessariamente dominação.

A origem do (recente) patriarcado é fonte de discussão entre diferentes teorias que tentam identificá-lo. Muraro (1992) sugere a noção de transcendência, o sentimento de superioridade do homem sobre a natureza e a mulher, nascida da descoberta do papel masculino sobre a procriação e, portanto, da possibilidade de controle da sexualidade feminina. A partir do desenvolvimento da agricultura, com novas técnicas de fertilização e irrigação da terra, novas formas de organização social vão se conformando, com a substituição dos laços familiares (clãs) pelas relações de classe.

Com o surgimento da propriedade privada e, portanto, da necessidade de manter os bens acumulados dentro da mesma gens<sup>3</sup>, era necessário abolir o direito materno até então vigente, isto é, a descendência só se contava por linha feminina, o que expressava a importância da mulher como grande força dos clãs, com autoridade, inclusive, para destituir o marido, de acordo com a ocasião. Por isso, Engels (1979) considera a abolição do direito materno a grande derrota histórica do

---

<sup>3</sup> Engels (1979) explica que gens (ou clãs) são um círculo fechado de parentes consaguíneos (por linha feminina), que não podem casar-se uns com os outros; Consolidam-se através de instituições, de ordem social e religiosa, comuns, que os religiosa, comuns, que os distinguem de membros de outras gens da mesma tribo.

sexo feminino em todos os tempos, pois a partir daí a mulher passou a ser considerada mera servidora do homem e instrumento de reprodução da família.

E é nesse contexto que a família monogâmica vai se conformando, com o predomínio do homem, a necessidade de procriar a família e uma paradoxal fidelidade, que só se aplica às mulheres (sob pena de sérias punições). Este tipo de organização traz a novidade de uma família baseadas em condições econômicas, e não em condições naturais, bem como afirma o triunfo da propriedade privada sobre a propriedade comum primitiva. Para Engels, “o primeiro antagonismo de classes coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia; e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino.” Aquele núcleo familiar, portanto, nada mais era que a expressão celular das contradições e desigualdades de uma sociedade civilizada em desenvolvimento.

Breilh (1996) identifica a privatização mercantil da sociedade como ponto de partida para a ruptura de padrões solidários na coletividade humana, quando a propriedade privada passa a ser o principal objetivo. O processo de apropriação, que então torna-se garantia da própria sobrevivência, não se dá de forma equitativa: uns grupos se apropriaram mais que outros (origem das classes sociais); um gênero se apropriou mais que outro (origem do patriarcado) e algumas etnias imaginaram situar-se estrategicamente melhor que outras frente a propriedade e o poder (origem da iniquidade étnica e racismo), num movimento histórico que paulatinamente vai minando as relações de afetividade e solidariedade humana.

Segundo Muraro (1992: 83), “nas sociedades agrárias, a estratificação de classes vem juntamente com a estratificação dos sexos”. As identidades culturais masculina e feminina passam então a serem enfatizadas desde a infância, e a dominação da mulher pelo homem é fortemente estabelecida: as mulheres são destinadas ao espaço privado da sociedade, sua função é agora ter filhos e educá-los segundo a nova ordem.

Assim, ao longo da história do patriarcado, a mulher fica destituída de possibilidades de desenvolvimento social e, embora exercendo importante papel de manutenção do espaço privado, seu trabalho nunca foi reconhecido como produtivo. Mesmo quando houve sua inserção no mercado de trabalho de forma mais massiva, no período da Revolução Industrial, trabalhava sempre em piores condições e com

remuneração mais baixa que o homem, além de manter a ainda atualíssima dupla jornada, em casa e no trabalho.

Somente a partir dos anos sessenta, um período de efervescentes movimentos sociais, é que as relações de dominação do homem sobre a mulher vêm ser discutidas de forma mais consistente, a partir das instigantes colocações da psicóloga

necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (MS, 1984: 16).

Na avaliação de Ávila (1995), o PAISM representou de fato um avanço importante na mudança da condição feminina, e na transformação das representações sociais sobre saúde feminina, tendo como base uma nova visão do papel social da mulher.

Uma outra importante controvérsia desencadeada pelo PAISM e discutida por Osis (1998) em seu artigo, é o fato de o Programa excluir a participação do homem no processo reprodutivo, aparentemente resultando em contradição com a proposta de integralidade e universalidade do Programa.

Geralmente pouco valorizada quando se trata de planejamento familiar, a participação masculina no processo reprodutivo tem, no entanto, paulatinamente se revestido de importância cada vez mais visível, especialmente frente à discussão sobre o “novo homem” que vem se construindo diante das necessidades demandadas por mudanças no padrão de comportamento da mulher, a partir do seu ingresso no mercado de trabalho, acesso à cidadania e todas as modificações daí advindas.

Luz (s.d.) identifica uma crise de representações de masculino e feminino a partir de uma insatisfação generalizada criada pela entrada da mulher na produção e todas as novas exigências então produzidas que, somadas ao ônus remanescente do ainda presente pacto das velhas representações patriarcais, trouxeram uma “sobrecarga de papéis, sem nenhuma compensação, sobretudo no nível pessoal, afetivo”(Luz, s.d.: 84).

Assim, também a regulação da fecundidade tornou-se, historicamente, uma responsabilidade explicitamente feminina. Tanto que a maior parte dos métodos contraceptivos dispensa a participação do homem, dirigindo-se ao corpo e atenção femininas. Resultado disso é que se criou uma enorme lacuna no que tange à atitude masculina quanto às suas responsabilidades contraceptivas, difícil mesmo de ser avaliada, considerando que existem poucos dados disponíveis acerca da atitude masculina quanto à anticoncepção, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (Duarte, 1998).

Estudos do instituto The Alan Guttmacher (1994), partindo da análise da redução das taxas de fecundidade<sup>5</sup> na América Latina nos últimos 20 anos, conclui que circunstâncias econômicas, sociais e culturais tornaram disseminada a utilização de métodos contraceptivos, algumas vezes com o apoio do Estado. Avaliando esta prática contraceptiva como heterogênea e irregular, especialistas designaram o termo “necessidade não satisfeita de planejamento familiar” para os diferentes obstáculos técnicos e humanos que “expõem” a mulher ao risco de gravidez não planejada. Considere-se que, de acordo com a análise dos métodos contraceptivos mais empregados na região, “(...) não resta dúvida que o planejamento familiar é uma responsabilidade predominantemente feminina(...)” (The Alan Guttmacher, 1994: 9).

Verardo (1995) questiona a política contraceptiva do ponto de vista das mulheres, entendendo que, a despeito avanços tecnológicos na área de reprodução humana, a ciência ainda não ofereceu contraceptivos masculinos de forma a distribuir igualmente a responsabilidade da concepção entre homens e mulheres.

Como resultado disso, cabe ainda à mulher a incumbência de “experimentar” as novas tecnologias reprodutivas<sup>6</sup> que, muitas vezes, vão de encontro mesmo à natureza do corpo feminino.

Barros (1991) discutindo o fenômeno da medicalização da mulher, a observa enquanto alvo privilegiado de atuação (tanto da propaganda, como vendas) da indústria farmacêutica. Até mesmo fenômenos fisiológicos, como gravidez, menstruação e menopausa, são tratados como passíveis de medicalização, por fármacos dos quais se desconhece os riscos potenciais, entre eles os hormônios sexuais sintéticos.

Este processo é bem esclarecido por Anne Ford:

“O caráter variado e rítmico dos padrões do corpo feminino constitui uma idéia um tanto alheia à experiência masculina. Portanto, temos presenciado uma “normatização” masculina sendo aplicada a um sistema feminino. Dessa forma, a natureza cíclica e flutuante dos corpos femininos tem sido considerada como de alguma forma demandando correção. Alterações no humor que acompanham o ciclo menstrual (hoje designada como “tensão pré-menstrual”) poderiam ser visualizadas

---

<sup>5</sup> Taxa de Fecundidade é definida como o número de filhos nascidos vivos no ano por cada mulher na faixa etária de 15 a 44 anos.

<sup>6</sup> As novas tecnologias reprodutivas, de acordo com Tavares (1996: 217), são “as várias maneiras de intervir cientificamente no processo biológico reprodutivo dos seres humanos, cujas ações são de: prevenir a concepção e o nascimento; ajudar e estimular os nascimentos; diagnosticar o desenvolvimento fetal no período pré-natal e para

como normais; passaram, no entanto, a ser tidas como “doenças” e, como tal, necessitando de “controle” Ford (1986) *apud* Barros (1991: 89).

Helman (1996) constata que a medicina moderna vem atuando crescentemente como agente de controle social sobre a vida das mulheres, como parte de sua atuação em corrigir os vários comportamentos sociais desviantes (loucos e doentes, por exemplo). O corpo feminino, com expressão de uma natureza imprevisível e sem controle, precisa ser “domesticado”.

A necessidade de constante medicalização e/ou instrumentalização da mulher pode ser considerada, por si só, um obstáculo à utilização dos métodos anticoncepcionais (Prado, 1995); mas isso pode ser um problema ainda mais grave nos países subdesenvolvidos, onde são utilizados indiscriminadamente, de forma errada e sem nenhum tipo de controle do seu uso e reações no organismo feminino (Tavares, 1996).

Por exemplo, os hormônios injetáveis, de uso restrito em vários países europeus, têm ampliado ainda mais o seu já disseminado uso no Brasil, em função da falta de opções contraceptivas (SOS Corpo, 1991). A OMS, em revisão dos critérios para a prescrição de anticoncepcionais, faz restrições aos injetáveis, dada a escassez de dados epidemiológicos sobre seus efeitos a longo prazo (PATH, 1996).

A própria história deste tipo de medicamento está relacionada a um contexto de desenvolvimento de programas de controle de reprodução entre as mulheres dos países subdesenvolvidos. A busca de métodos os mais duradouros e simples possíveis uniu os interesses da indústria farmacêutica e dos programas de controle de natalidade (Barros, 1991).

Além disso, a progressiva pesquisa por métodos de longa duração, que requerem menor iniciativa por parte da usuária, e diminuem também a necessidade de maior interação com os serviços de saúde de suporte, presta-se ao objetivo implícito, que é o de retirar completamente o controle da mulher sobre a própria contracepção (Hartmann, 1987).

Também é ilustrativo de como o corpo da mulher passa a ser alvo de manipulação e experimentação irracional o caso da pesquisa do Norplant<sup>7</sup> no Brasil,

---

propósitos genéticos. Anteriormente, essas discussões eram denominadas concepção e contracepção, tidas hoje como antigas tecnologias reprodutivas (...)

<sup>7</sup> Implantes subcutâneos de marca registrada Norplant. Em experimentação há mais de 10 anos, têm a forma mais comum de bastões de silicone, que são inseridos sob a pele, e têm em sua composição o hormônio progestágeno em alta dosagem. Tanto o implante como retirada dependem de supervisão técnica cuidadosa, por se tratar de procedimento cirúrgico.

autorizada em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS) e desenvolvida em diversos estados brasileiros pela Universidade de Campinas. A pesquisa não observou os mínimos pressupostos éticos para pesquisas com seres humanos, menos ainda pesquisas com contraceptivos, arriscando a saúde de milhares de mulheres, sem mesmo informá-las sobre os possíveis riscos aos quais estavam vulneráveis.

A autorização para a pesquisa foi cancelada em 1986 pelo Ministério da Saúde e, anos depois, muitas mulheres ainda sofriam as consequências pela experiência (Dacach e Israel, 1996), já que, até a suspensão, mais de três mil mulheres já haviam sido incluídas na amostra; Gestações indesejadas durante o uso do implante e efeitos colaterais como irregularidades menstruais graves foram só algumas das consequências da pesquisa.

De acordo com Hartmann (1987), há três grandes vieses a serem considerados na pesquisa contraceptiva contemporânea: a focalização preponderante do sistema reprodutivo feminino, fato devido não só a que as mulheres são o alvo principal dos programas de controle da população, mas também devido ao sexismo; a concentração de recursos e esforços no desenvolvimento de formas contraceptivas sistêmicas e cirúrgicas, em detrimento dos métodos de barreira, mais seguros; o terceiro viés, indissociável do segundo, é a maior preocupação em aumentar a eficácia contraceptiva, e não sua segurança: a necessidade de controlar o número de nascimentos fala mais alto que o cuidado com a saúde da mulher.

Os métodos contraceptivos modernos, inicialmente aclamados pelo movimento feminista como uma conquista fundamental das mulheres, liberando-as do sexo necessariamente associado à reprodução, passam, então, a representar grave ameaça à sua saúde, com consequências até mesmo ignoradas pelas usuárias e banalizadas pelo meio científico.

Pacheco (1974) refere a existência de um patriarcado científico e financeiro neste assunto: homens desenvolvem, produzem e vendem hormônios sintéticos e dispositivos a serem usados pelas mulheres, poupando os homens de experiências neste sentido. Ao mesmo tempo em que submetem o corpo feminino a medicamentos que alteram todo o seu ciclo e fisiologia, com potenciais efeitos colaterais graves já comprovados (embolias, trombozes, câncer de mama ou de útero), possibilitam o avanço de uma lucrativa indústria farmacêutica.

O consenso de que “não existe um método ideal”, significa, na verdade, reconhecer que a maioria deles possui contra-indicações que, em alguns casos, podem ser problemas de saúde, de equilíbrio psíquico ou emocional ou de vivência da sexualidade. E, tendo sido desenvolvidos segundo o interesse de políticas controlistas, os métodos modernos atendem menos àquelas que o buscam, a despeito de sua crescente disseminação (Ribeiro, 1994), como bem sintetiza Carneiro (1996: 114):

“Nestas últimas décadas (...), enquanto falas feministas lançavam apelos para que a vivência cotidiana do erotismo dos corpos férteis fosse plena de prazer e, sem fecundação (...), a resposta contemporânea científico-tecnológica vinha sustentada pela estratégia primeiro-mundista do controle populacional e guiada pela visão mecanicista do corpo.”

#### **1.4 - Política Demográfica, Prática Contraceptiva e Aborto Induzido: compreendendo algumas relações**

##### *1.4.1- Política Demográfica e Planejamento Familiar: onde termina a escolha e começa o controle*

A delicada discussão sobre a necessidade de planejamento familiar algumas vezes posiciona-se numa linha tênue entre a possibilidade democrática de os casais decidirem sobre o número de filhos desejados e o controle oficial, explícito ou não, da reprodução.

Médici e Aguiar (1984: 25) esclarecem que, na história dos países desenvolvidos, as taxas de crescimento populacional tendem a declinar como consequência do desenvolvimento econômico:

“(...) fato decorrente, entre outras coisas, da melhoria dos padrões educacionais e sócio-culturais da população e do consequente acesso aos meios e técnicas anticonceptivas. Paralelamente, a reorganização do aparelho produtivo, a utilização de estruturas econômicas de maior produtividade e o aumento do grau de urbanização detonam, conjuntamente, efeitos indiretos, embora defasados temporalmente, na redução das taxas de natalidade.”

Por outro lado, ainda segundo os autores, nos países subdesenvolvidos, o declínio da fecundidade ocorreu tardiamente, tanto devido a suas estruturas econômicas e de relações de produção arcaicas, como por um processo rápido de urbanização. Entretanto, os parciais progressos nas áreas de saúde e saneamento já haviam anteriormente favorecido um declínio da mortalidade<sup>8</sup>, resultando, portanto, no que o autor chama “hiato temporal entre o declínio da mortalidade e da natalidade<sup>9</sup>”, possivelmente o mais importante determinante pelo grande contingente populacional verificado no Terceiro Mundo.

Interessante é que há nestes países uma inversão de valores no que tange à questão demográfica, e as tentativas de controle populacional basearam-se na idéia de que disso decorreria o desenvolvimento econômico. Apesar da maciça queda de natalidade no Brasil desde 1950, especialmente a partir de 1965, mesmo sem que se tivessem sido implementados programas oficiais de planejamento familiar, não houve por isso uma melhoria proporcional nas condições de vida da população (Médici e Aguiar, 1984).

Almeida (1984), ao enumerar as razões de sua vigorosa posição contrária à proposta de planejamento familiar, ressalta a existência de uma associação ideológica entre as propostas de controle de natalidade, eugenia e fascismo, dada a comunhão entre estes pensamentos a partir de 1915, com a criação de sociedades eugenistas em várias partes do mundo, que defendiam a necessidade de as raças consideradas superiores sobrepujarem as inferiores. Para isso, seria necessário diminuir a alta taxa de natalidade entre os pobres, principal empecilho à evolução da humanidade. O autor condena ainda a execução oficiosa do planejamento familiar no Brasil, através de ações dirigidas às mulheres mais desfavorecidas economicamente, de modo irracional, sem nenhuma preocupação com uma real assistência à saúde neste sentido.

Mais recentemente, Oliveira (1997) percebe traços de vinculação entre aborto e racismo na política “ambígua” executada pelos países desenvolvidos - enquanto pesquisas incessantes sobre tratamento da infertilidade evoluem entre mulheres

---

<sup>8</sup> Calcula-se o coeficiente de mortalidade geral dividindo-se o número de óbitos concernentes a todas as causas, em um determinado ano, pela população daquele ano, circunscritos a uma determinada área, e multiplicando-se por 1 000, base referencial para a população exposta. Em saúde pública é utilizado na avaliação do estado sanitário de determinadas áreas, associado a outros indicadores (Rouquayrol, 1994).

<sup>9</sup> Taxa Bruta de Natalidade é definida como o número médio de nascimentos ocorridos num ano, para cada mil habitantes.

brancas e ricas, pratica-se um controle de natalidade coercitivo nos guetos de miséria e de estrangeiros.

A questão do controle da natalidade enquanto uma preocupação internacional surgiu nos anos setenta, quando a ajuda econômica dos Estados Unidos à América Latina passou a estar condicionada a medidas de “contenção” da população por parte destes países (Médici, 1984; Barroso, 1987; Corral, 1996).

Motivações econômicas, políticas e ideológicas subsidiaram a pressão internacional por controle populacional. Costa (1995) apresenta em seu modelo explicativo sobre os determinantes da laqueadura tubária elementos do cenário internacional que, embora nem sempre muito explícitos, desempenharam um papel importante na política demográfica do Brasil. São eles: fatores econômicos, fatores políticos, o neo-malthusianismo<sup>10</sup>, o movimento de controle populacional, o movimento eugênico e a preocupação com a migração internacional da população do Terceiro Mundo.

Sobre os fatores econômicos, o autor apresenta a questão estratégica de que os recursos exportados pelos países do Terceiro Mundo (alimentos e matéria-prima) necessários ao suprimento das necessidades dos países desenvolvidos estariam ameaçados pelo crescimento desenfreado da população e, portanto, das demandas nos países subdesenvolvidos.

Além disso, havia o temor de que um crescimento razoável da população, acompanhado por um paralelo desenvolvimento da economia, poderia alavancar a posição destes países no mercado internacional, dessa forma também ameaçando a hegemonia dos países desenvolvidos.

A preocupação das autoridades brasileiras com uma possível explosão demográfica no país começou nos anos 80 e levou-as a adotar medidas antinatalistas de forma desregrada e seletiva, como a distribuição de pílulas em comunidades de baixa renda e esterilizações durante o parto sem o consentimento da gestante, um caminho repleto de contradições para eliminação da pobreza, com consequente desenvolvimento do país (Verardo, 1985; Barroso, 1984).

---

<sup>10</sup> Neo-malthusianismo: corrente de idéias derivadas do pensamento do Reverendo Thomas Robert Malthus (1766-1834), sobre o descompasso entre o crescimento da população (em progressão geométrica) e o aumento de recursos alimentares (em progressão aritmética), e suas consequências negativas para o desenvolvimento dos países. Para os neo-malthusianos, o rápido crescimento populacional é a causa principal dos problemas do Terceiro Mundo, como a fome, destruição ambiental, estagnação econômica e exploração desordenada dos recursos naturais. Por isso, são favoráveis à utilização massiva de métodos de controle de natalidade como solução dos problemas destes países (Costa, 1995).

Esse discurso incorporou-se de forma tão marcante no plano privado, que as famílias brasileiras passaram a controlar o número de filhos como forma de readequar o orçamento doméstico ou simplesmente garantir a própria sobrevivência (Portella 1995). Sobre isso, Médici (1987) aponta entre as causas da redução da fecundidade no Brasil, além do aumento vertiginoso das taxas de urbanização e consequentes efeitos sobre a redução do número de filhos (a exigência de uma lógica diferente em relação à lógica econômica das famílias rurais), as mudanças de comportamento decorrentes dessa urbanização, com o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho e suas dificuldades inerentes, no que diz respeito ao cuidado e manutenção da prole, pela precariedade de aparelhos sociais, como creches.

Barroso (1984) faz um importante alerta quanto aos perigos da dicotomia de pensamentos vigentes no campo do planejamento familiar: falha a ideologia neoliberal, ao considerar a decisão sobre contracepção, ou sobre ter ou não filhos, fruto de motivações individuais, onde as pessoas reduzem-se a meros consumidores que agem exclusivamente com base em preferências pessoais ao escolher determinados serviços ou produtos do planejamento familiar, distanciando-os do contexto social mais amplo que determina, em certa medida, tais escolhas. Erra também a literatura anticontrolista, ao subestimar a experiência individual das mulheres, e as negociações e estratégias adotadas no campo das relações humanas a fim de decidir sobre o número de filhos ou como evitá-los. Atribuir toda decisão a uma corporação controlista suprema parece querer reduzir a complexidade da situação.

Referindo-se especificamente ao problema da esterilização feminina em massa, a autora considera que a maioria das mulheres decide, sim, “livremente” pela intervenção. Adverte, porém, que no capitalismo as escolhas são tomadas sob um conjunto de condições socialmente estabelecidas, que restringem uma verdadeira liberdade de escolha. Quatro fatores são considerados críticos quando da opção por um método irreversível, a decisão de não ter mais filhos:

*A posição da mulher na família e no mercado de trabalho*, com o surgimento da força de trabalho feminina como uma sobrecarga adicional ao já pesado fardo de responsabilidades femininas: a contracepção, o lar, o cuidado com os filhos, sem uma estrutura social correspondente.

*A cultura patriarcal*, presente na opção por um método que dispensa o conhecimento e controle do próprio corpo e sexualidade; na hostilidade dos homens pelos métodos anticoncepcionais, quando não mostram-se completamente indiferentes à questão.

*A política de saúde*, situando a contracepção como uma indústria controlada por interesses econômicos que não se baseiam nas necessidades das mulheres, mas em interesses mercantis.

*A política demográfica* brasileira, marcada por contradições e ambiguidades. Se por um lado, é característica a omissão governamental em implementar medidas concretas, por outro o apoio oferecido a entidades estrangeiras, atuando sem nenhum controle, pontuou de forma definitiva a história do planejamento familiar no Brasil.

Rocha (1991) observa que, embora nos vinte e cinco anos de discussão sobre planejamento familiar no Brasil, o eixo central do debate tenha se concentrado na questão controlismo versus anticontrolismo, a influência do movimento feminista nos anos 80 trouxe uma nova polarização, em torno da questão ética referente à validação ou não da autonomia individual para decisões nesta matéria, questão que, por sinal, também é fundamental na discussão sobre o aborto provocado.

#### *1.4.2 - Declínio de Fecundidade e Prática Contraceptiva no Brasil: dimensões e contradições*

Em toda a América Latina houve uma acentuada diminuição na taxa de fecundidade nas últimas décadas: de cerca de seis filhos em 1960-65 para três por mulher em 1990-95 (The Alan Guttmacher Institute, 1994). No Brasil, um declínio espantosamente marcante da fecundidade ocorreu a partir de 1980, quando a Taxa de Fecundidade Total, que era de 4,17 filhos por mulher no período de 1975-80, diminuiu para 3,37 no período seguinte, de 1980-85. E, se considerarmos períodos pontuais mais espaçados, o declínio, de 1960 a 1995, na taxa de 6,0 para cerca de 2,5 filhos por mulher, dá uma idéia da dimensão do fenômeno, que afetou praticamente todas as regiões e estratos sociais (Martine, 1996).

Na verdade, a redução da fecundidade no Brasil vem acontecendo desde os anos 40, inicialmente em ritmo lento. A partir da década de 70, o declínio da

fertilidade se dá de forma disseminada na população, resultando em mudanças concretas na dinâmica populacional (Martine, 1996).

Este autor descreve quatro fatores importantes enquanto determinantes de variações na fecundidade pelo mundo: padrões maritais, contracepção, aborto induzido e não-susceptibilidade pós-parto, principalmente devido à amamentação. Constata que, dentre estes fatores, o aborto induzido parece ter produzido o maior impacto no rápido declínio da fecundidade no Brasil entre o final dos anos sessenta e início dos anos setenta, período inicial do processo de declínio rápido de fecundidade. O desconhecimento sobre a prevalência do aborto no país provavelmente leva, ainda hoje, a uma subestimação de sua importância enquanto método de regulação de fecundidade.

Quanto à contracepção, determinante próximo considerado de maior importância sobre a queda de fecundidade no Brasil, o mesmo autor considera que a esterilização, enquanto método de controle de nascimentos, teve o maior impacto sobre a fecundidade pois, sendo praticada de forma disseminada, em mulheres com idades cada vez mais jovens e considerando que acaba com o ciclo reprodutivo da mulher, acabou assumindo o papel de condução deste fenômeno, de forma silenciosa e semi-clandestina. O aumento da prevalência da laqueadura tubária no Brasil, de 7,1% em 1975, para 49,2% em 1996, revela a magnitude deste processo (Molina, 1999).

A região do país que apresentou a mais acentuada queda de fecundidade em termos de número de filhos foi a região Nordeste. Wong (1994) sugere a hipótese de que este fenômeno tem se operado principalmente via educação, se renovando através de novos valores sociais difundidos pelos meios de comunicação, principalmente a televisão.

Corral (1996) problematiza o fato de que, apesar de experimentar uma das mais rápidas reduções nas taxas de fertilidade da história da humanidade, o Brasil não apresentou os indicadores sociais favoráveis esperados, pelo contrário, houve no mesmo período um aumento nos níveis de pobreza e deterioração nas condições ambientais, resultando em desequilíbrio social.

Assim, já no início dos anos 90, Patarra chama a atenção para o fato de que não mais o crescimento populacional é alvo de preocupação, mas a rápida transformação da estrutura etária, com uma população adulta mais volumosa e

crescente proporção de idosos, criando novas demandas sociais e de saúde, para as quais o país não possui respostas adequadas.

A alta prevalência do uso de anticoncepção no Brasil constatada na mais recente Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS-1996 (76,8% das mulheres em união de 15-44 anos afirmam usar algum método anticoncepcional) aponta para essa necessidade de regular a fecundidade. A esterilização feminina é o método mais comum (40,2% das mulheres pesquisadas), enquanto que a pílula, injetáveis e DIU, juntos, representam uma proporção de 23% das mulheres.

Costa e colaboradores (1989), estudando a prática contraceptiva entre mulheres de baixa renda, encontrou uma alta prevalência (67%) de mulheres fazendo uso de algum tipo de contracepção em sete favelas do município do Rio de Janeiro, uma constatação consideradas surpreendente pelos autores, dada a baixa oferta de planejamento familiar pelos serviços públicos. Contudo, a ainda alta proporção de mulheres em união que não usavam métodos (33%), bem como a demanda acentuada por esterilização (22% das mulheres usando algum método) chamam a atenção para falhas na organização da atenção à saúde no que diz respeito à anticoncepção, resultando em uma prática distorcida, ainda que bastante disseminada.

Morris (1985), a partir da análise de diversas pesquisas de fecundidade e planejamento familiar na América Latina, revela desigualdades regionais na utilização de métodos contraceptivos no Brasil, numa variação que compreende desde 31% na Bahia até 71% no Rio Grande do Sul. Segundo os dados disponíveis, a utilização de métodos contraceptivos possui relação inversa com a ocorrência de gestações indesejadas no Brasil, numa variação de 9 até 33%, de acordo com a região, do total de mulheres casadas de 15 a 44 anos.

Estimativas do AGI (1994) para 1990 no Brasil indicam 54% de gestações não planejadas, sendo que 31% resultam em aborto induzido e 23% em nascimentos indesejados. O estudo conclui que a prática abortiva é uma importante opção para evitar nascimentos indesejados, considerando a grande proporção de mulheres em idade fértil muito ou totalmente desprotegidas contra o risco de uma gravidez que não desejam, além das muitas que experimentam a falha do método contraceptivo que utilizam.

Morris (1985) define o perfil de mulheres com necessidade insatisfeita de anticoncepção as que não estão grávidas, ou declaram que atualmente não desejam

estar grávidas e estão utilizando algum método contraceptivo ineficaz, ou não estão utilizando método algum. Conseqüentemente, são férteis e sexualmente ativas, independente do seu estado marital. De acordo com esta definição, os dados do autor mostram a porcentagem de mulheres de 15 a 44 anos em risco de gravidez não planejada com intensas variações regionais no Brasil, oscilando de 3,2% no Rio Grande do Sul a 18,3% na Bahia.

Segundo dados do MS de 1999, no Brasil, cerca de 10 milhões de mulheres estão expostas à gravidez indesejada, seja por uso inadequado de métodos anticoncepcionais ou por falta de conhecimento e/ou acesso aos mesmos (Brasil, 1999).

A OMS (1978) assim considera a influência da contracepção e aborto sobre a transição demográfica: ainda que o aborto provocado possa inicialmente contribuir de modo importante para a diminuição na taxa de natalidade, após algumas décadas tende a ser superado pela contracepção. Este fenômeno se desenvolve, no entanto, na medida em que se adote a contracepção. A OMS reconhece que, nos países onde o aborto é ilegal ou sofre restrições, em geral o aborto provocado é um dos métodos mais prevalentes de regulação de fecundidade. A experiência diz, no entanto, que normalmente a oferta de serviços de planejamento familiar tende a diminuir o número de abortos provocados (Serani et al., 1981; D'Avanzo et al., 1992; Gissler et al, 1996).

Não é possível, entretanto estabelecer relação direta entre legalização do aborto e queda da fecundidade. Após a legalização do aborto nos diversos países onde isso ocorreu, foram observadas as mais variadas situações: ligeiro aumento da natalidade, manutenção do padrão anterior, ou franca diminuição da fecundidade, levando a crer que a disponibilização do aborto e contracepção apenas legitimam uma vontade deliberada de reduzir o número de nascimentos, que é anterior às políticas oficiais (Frente de Mulheres Feministas, 1980).

### *1.4.3 - Dinâmica do Uso de Contraceptivos: dificuldades e (des)motivações*

Diferentes experiências no estudo da dinâmica do uso de contraceptivos apontam para a sua intrínseca relação com a prevalência de aborto induzido (Moreno, 1993). Vários conceitos de eficácia dos métodos contraceptivos têm sido propostos em diferentes situações. O conceito considerado mais “puro” em revisão feita por Trussell e Kost, em 1987, é o de “efetividade dos métodos contraceptivos”, que é definido como a redução proporcional na fecundidade causada pelo uso de um método. Inversamente, os termos “falha do método” e “falha do uso” têm sido utilizados para denotar a concepção que ocorre enquanto um método está sendo usado, respectivamente, corretamente ou incorretamente (Mishell Jr, 1989).

Tietze (1971) salienta a importância de separar a eficácia teórica da eficácia no uso dos métodos contraceptivos. Segundo este autor, a eficácia teórica, também conhecida como eficácia biológica ou fisiológica, refere-se à ação anti-fertilidade de um método sob condições de laboratório. Por outro lado, a eficácia no uso, ou eficácia clínica, refere-se à proteção contra a gravidez indesejada obtida pelas usuárias em condições reais, na vida, incluindo-se as expressões de falha humana.

Mishell Jr. (1989) aponta como fator crítico entre os muitos que influenciam as taxas de falha contraceptiva a motivação. Isso dá pistas para a compreensão do achado de que casais que pretendem apenas adiar uma gravidez desejada são mais propensos a falhas contraceptivas do que aqueles que pretendem evitar qualquer possibilidade de gravidez.

A mesma constatação é feita por Moreno (1993), num estudo baseado em dados das Pesquisas de Demografia e Saúde realizadas em 15 países da América Latina, Ásia e África do Norte: com exceção do México e Sri Lanka, em todos os países as taxas de falha contraceptiva são menores entre as mulheres que desejam adiar a gravidez. Em todos os países, o risco de falha é menor entre as mulheres acima de 25 anos. Também entre mulheres americanas, a variável idade está correlacionada inversamente com ao risco de falha contraceptiva (Mishell Jr., 1989).

Em pesquisa similar recentemente realizada no Brasil (BEMFAM, 1996), 43% das usuárias de métodos anticoncepcionais interromperam o uso durante o primeiro ano após sua adoção. Os efeitos colaterais relativos aos métodos hormonais e DIU aparecem como principal causa da descontinuidade, principalmente entre as usuárias de injeções. Para os métodos tradicionais, o principal motivo para a

interrupção foi a falha do método - um grande percentual de mulheres engravidou quando do uso destes métodos.

Outro motivo importante mencionado pelas mulheres para a interrupção do uso de métodos foi a busca por métodos mais eficazes, especialmente entre as usuárias de métodos tradicionais e condom.

Embora, aparentemente, a maioria dos países latino-americanos tenha adotado políticas de apoio aos serviços de planejamento familiar, e o progressivo declínio das taxas de fecundidade fale a favor deste fato, há ainda intensas discrepâncias no exercício da contracepção nesta região (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Segundo o AGI, na América Latina as mulheres dependem mais dos contraceptivos orais, da esterilização voluntária, do DIU, ou dos métodos tradicionais para evitar gestações indesejadas. A esterilização feminina, um método, como se sabe, irreversível, é o mais praticado no Brasil, Chile e República Dominicana. Mais ainda, é evidente que grandes proporções de casais não praticam qualquer tipo de planejamento familiar, ou não o praticam adequadamente, com toda sua eficácia.

O fato de ter acesso a serviços de planejamento familiar não resulta necessariamente em sua utilização. Inúmeras razões subjetivas estão envolvidas no complexo processo de adoção, escolha e continuidade dos métodos anticoncepcionais.

Neste sentido, Moreno (1993) observa que, embora frequentemente aclamados como determinantes de falha contraceptiva, as variáveis educação e residência nem sempre podem explicar a forma de utilização dos contraceptivos.

Leal e Lewgoy (1998), estudando a prática de aborto em um grupo popular na cidade de Porto Alegre, a partir de uma perspectiva antropológica, ultrapassam as razões óbvias de falha contraceptiva, resgatando a rede de relações na qual a gravidez e/ou aborto está inserida. Para estes autores, esta é “uma parte fundamental da negociação entre o masculino e o feminino, mediando e viabilizando também relações entre famílias e grupos de afinidade” (Leal e Lewgoy, 1998: 3). Neste sentido, a gravidez desencadeia um processo de negociação dentro do contexto familiar e social, podendo resultar na formação de aliança ou reestruturação de uma união já existente. Se essa negociação não resultar no consenso de “assumir” a gravidez, o aborto surge então como alternativa de método anticoncepcional, após esgotadas as possibilidades de barganha.

Para algumas mulheres, ainda segundo os autores, a gravidez representa um evento de risco, aleatório, que pode ou não acontecer. Daí a utilização do aborto como método anticoncepcional, dadas também as frequentes queixas sobre os métodos contraceptivos clínicos: na análise custo-benefício realizada por estas mulheres, o aborto parece uma possibilidade mais favorável.

A desmotivação para a utilização de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes faz da gravidez indesejada um problema especial nesta fase (Jimena et al., 1991; Pinto Neto et al., 1991; Gissler et al., 1996). Sobre o exercício da sexualidade na adolescência, Vitiello (1997) observa que o modelo mágico de pensamento, importante resquício da infância, leva os adolescentes a uma sensação de impunidade, segundo a qual seus atos e vivências não terão maiores consequências reais.

Prado (1995) atribue esse “pensamento mágico” à influência da indústria da mídia, que veicula massivamente imagens e informações de um sexo prazeroso, desligado do risco de gravidez. Isso levaria à descrença individual de uma gravidez, principalmente na puberdade.

Essas conjecturas podem ser visualizadas na experiência de Silva e Nogueira (1986) que, num estudo comparativo entre adolescentes primigrávidas e multigrávidas, revelam-se surpresos com a grande proporção de adolescentes multigrávidas encontradas em seus estudos anteriores, daí sua preocupação em conhecer melhor este grupo. Em relação à prática contraceptiva, encontraram que, apesar das gravidezes anteriores, apenas 28,8% utilizava algum tipo de método contraceptivo e, entre elas, apenas 27,3% tiveram uma gravidez planejada. Os autores se dão conta de que apenas a experiência de uma gravidez anterior não foi suficiente para fortalecer um comportamento preventivo, concluindo que persistem “intrincados mecanismos que fazem infrequente a atividade sexual das adolescentes concomitante a uma adequada contracepção (Silva e Nogueira, 1986: 250).

Portanto, discutir aborto pressupõe refletir sobre questões que vão muito além das razões médicas e legais: envolve construções sociais profundas sobre maternidade e sexualidade (Cardich e Carrasco, 1993; Rede Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, 1993; Lerer, 1989); discussões éticas em torno do fato de a mulher poder decidir sobre o próprio corpo (Oliveira, 1997; Suplicy, 1986); as tradições religiosas, mais enfáticas na doutrina católica, por um lado reforçando a

sacralização da maternidade e, por outro, participando ativamente no controle patriarcal ao corpo da mulher (Oliveira e Carneiro, 1995).

Além disso, fica sempre evidente a necessidade de perceber o evento aborto fundamentalmente como um problema de saúde pública, como causa de mortes e complicações de saúde em um grande número de mulheres. A dificuldade de conhecer a dimensão real do problema, e a verdadeira proporção de abortos espontâneos e induzidos, tendo em vista a legislação restritiva sobre o assunto em nosso país, impossibilita reconhecer até onde o aborto induzido vem sendo utilizado pelas mulheres enquanto método contraceptivo, preenchendo possíveis lacunas na oferta/disponibilização de outros métodos.

Souza (1995), estudando fatores de risco para abortamento em uma maternidade pública em Recife, encontrou que em quase 80% dos casos os abortos poderiam ser considerados como induzidos, de acordo com os critérios da OMS. A falta de acesso e uso de métodos contraceptivos aparecem como fatores de risco significativos. Além disso, a ausência ou atitude negativa do companheiro e maior número de filhos vivos também constituíram determinantes importantes.

Conhecer melhor as características das mulheres que abortam diante de múltiplas impossibilidades em ter um filho num dado momento de suas vidas, pode ajudar a traçar um perfil mais preciso deste grupo, que passa ao largo das estatísticas oficiais, possibilitando direcionar ações e serviços de forma a atender suas necessidades reais.

No presente trabalho, o aborto será investigado a partir dos internamentos por complicações pós-aborto em uma maternidade pública de Recife - PE. O trabalho consiste em traçar o perfil dessas complicações e das mulheres que procuraram o serviço, tentando identificar a proporção de abortos induzidos, que serão relacionados à prática de contracepção: a compreensão do papel dos métodos anticoncepcionais, sua forma de utilização, facilidades e dificuldades apontadas pelas mulheres, podem ajudar à visualização do evento aborto induzido enquanto parte de uma complexa rede de determinações, da qual a necessidade de acesso a serviços contraceptivos de qualidade é certamente um importante elo. Cabe aqui sublinhar que discutir métodos anticoncepcionais não significa, mais uma vez, culpabilizar a mulher por uma gravidez não planejada, mas sim discutir sob quais bases está constituído o chamado planejamento familiar, tendo em vista o papel que vem sendo historicamente exercido e transformado pela mulher.

## OBJETIVOS

*Cada ser humano encontra-se num enredo específico cultural, situação econômica, geracional, e condicionado a um papel sexual. Cada corpo, uma história, um enredo, uma tragédia, um enlevo... Cada corpo, tão solitário em suas vivências e tão enlaçado na teia social. Corpo de mulher, experiência à parte - lugar de reprodução, lugar de prazer, de culpabilização, de exploração, de excesso e falta de poder!*

Haidi Jarshel, no artigo "Variações sobre o bem e o mal"

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1 - Objetivo Geral***

Conhecer e avaliar características epidemiológicas das mulheres internadas por complicações pós-aborto, atendidas na maternidade do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), Recife - PE.

### ***2.2 - Objetivos Específicos***

Caracterizar o perfil das mulheres internadas por complicações pós-aborto na maternidade do Cisam, em relação a características sócio-econômicas, história reprodutiva e conhecimento/uso de métodos contraceptivos.

Identificar a proporção de abortos induzidos, verificando neste grupo fatores que influenciem/expliquem o recurso ao aborto induzido.

Categorizar os abortos como casos de gestações planejadas ou não planejadas, analisando possíveis diferenças entre os dois grupos.

# METODOLOGIA

*... a produção de conhecimentos acerca de um objeto é assumida como um processo de sucessivas aproximações, as quais, em cada momento, produzem um nível de conhecimentos possíveis de acordo com recursos teóricos, metodológicos e materiais disponíveis. Cada conhecimento novo produzido torna possível um novo nível de investigação que nos permitirá, por sua vez, maior aproximação com relação ao conhecimento do objeto. E assim sucessivamente, como um processo de morfogênese, no qual cada estado representa um novo nível de organização do conhecimento e, desse modo, o crescimento da ciência.*

Pedro Luis Castellanos, no artigo “Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais.”

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 - Local de Estudo**

O Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros (Cisam) é um serviço público de saúde que pertence à Universidade de Pernambuco e tem como diretriz básica de trabalho a assistência à saúde da mulher, com serviços de ambulatório e maternidade. Está situado no bairro da Encruzilhada, em Recife. Por sua localização privilegiada, facilita o acesso a mulheres provenientes principalmente das cidades de Recife e Olinda. Vale ressaltar que nossos resultados são específicos de demanda hospitalar, não permitindo generalizações para as populações dos municípios citados.

A escolha desta instituição como unidade de análise deve-se ainda a seu caráter de ensino e pesquisa, o que certamente funciona como um facilitador para esta pesquisa, envolvendo um tema tão repleto de estigmas sociais e, portanto, possivelmente de difícil abordagem em um outro tipo de instituição.

Segundo os dados disponíveis para 1999, a instituição realizou um total de 1.354 curetagens pós-aborto, o maior número de atendimentos deste tipo entre maternidades públicas no Recife.

Quando internadas por complicações pós-aborto, as mulheres são normalmente submetidas a curetagem uterina, intervenção cirúrgica destinada a remover restos placentários ou outros retidos no útero após um aborto, espontâneo ou induzido. Posteriormente, são encaminhadas à enfermaria de puerpério patológico, onde ficam em observação por cerca de 6 horas, recebendo a medicação necessária e realizando exames de rotina. Na própria enfermaria, as pacientes obtêm informações sobre métodos contraceptivos, e já podem receber o DIU, se assim decidirem. Após receberem alta, são ainda orientadas a retornar para serem atendidas pelo Serviço de Planejamento Familiar da maternidade.

### **3.2 - O Estudo Descritivo: possibilidades e limitações**

A modalidade de estudo epidemiológico adotada é do tipo observacional de corte transversal, um desenho que produz quadros descritivos da situação de saúde em um dado momento. A mais adequada definição para esse tipo de estudo, segundo Rouquayrol (1994: 169) é a de “estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico”.

Este tipo de estudo pode ser eficaz em formular hipóteses causais, e de forma rápida e objetiva, dadas suas vantagens de possuir baixo custo de operacionalização e grande capacidade descritiva, podendo servir de base ao planejamento de ações em saúde. Daí Laurenti (Tema, 1998) sugerir a expressão “epidemiologia participativa” a este tipo de investigação, no sentido de não ficar limitada a observar e descrever, mas de informar ao público os conhecimentos adquiridos, apontando caminhos para a prevenção.

Os problemas atribuídos a este tipo de estudo por Rouquayrol (1994:169) são os possíveis vieses de seleção, no caso de utilização de registros institucionais, como registros hospitalares, onde “fatores étnicos e sociais podem (...) ser mais importantes para definir a hospitalização ou o tratamento do que a própria gravidade do transtorno”. Além disso, considera-se que este tipo de estudo tem baixo poder analítico, sendo impróprio em testar hipóteses causais. Sobre isso, Pereira (1995) chama a atenção para a dificuldade em estabelecer associação entre exposição e doença, já que a relação cronológica entre os eventos pode não ser facilmente apreendida. Em um estudo transversal, a população a ser estudada é reunida em momento definido pelo pesquisador, que pode não corresponder à época de exposição ao risco, nem de diagnóstico da doença.

Elegemos o estudo de corte transversal como adequado a nosso objeto por ser uma boa opção para se descrever características de eventos em uma população e, a partir disso, identificar possíveis grupos de risco. Além disso, a limitação de tempo e recursos também foram determinantes importantes na escolha por um método de operacionalização relativamente mais simples.

### **3.3 - Coleta de Dados**

#### **3.3.1 - Definição de Caso**

Foram selecionadas para entrevista as mulheres internadas por complicações pós-aborto na maternidade Professor Antonio Moraes - Cisam, no período de 01 julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000, durante a internação na enfermaria de puerpério patológico, em diferentes horários do dia, considerando idade gestacional até 22 semanas.

A classificação de aborto induzido seguiu os critérios estabelecidos pela OMS, 1978 (Anexo 1), considerando apenas os que se enquadrem na categoria “aborto seguramente provocado”, que correspondem àqueles identificados a partir da declaração da mulher.

Foram excluídas do estudo as mulheres cuja gravidade do estado clínico impossibilitasse o proceder da entrevista, como também as que não desejassem participar do estudo.

#### **3.3.2 - Entrevista**

Procedeu-se a entrevistas com questionário estruturado (Anexo 2), que foi pré-testado em mulheres internadas por complicações de aborto, a fim de corrigir erros e inconsistências nas formulação das perguntas.

O questionário foi dividido em duas seções principais, uma sobre características sócio-econômicas e outra sobre história reprodutiva, contendo questões pré-codificadas e algumas questões abertas, com a finalidade principal de estabelecer questões a respeito da prática de aborto e contracepção, visando relacioná-las à ocorrência de abortos induzidos (Albuquerque, 1999). Também foram coletadas algumas informações do prontuário, como o diagnóstico definitivo.

### 3.4 - Definição de Conceitos

Consideramos os seguintes conceitos, como estão aqui descritos:

- *Saúde reprodutiva:*

Estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Implica em desfrutar de uma vida sexual segura, satisfatória e com capacidade de decisão sobre a procriação (Nações Unidas, 1995).

- *Controle de natalidade:*

Políticas de limitação de natalidade, que são políticas governamentais de população, visando fundamentalmente reduzir o crescimento demográfico. Podem expressar-se ora como políticas oficiais de planejamento familiar, basicamente preocupadas com a redução de fecundidade, com ou sem objetivos demográficos expressos; ora como programas de caráter privado, realizados, na maior parte das vezes, sem fins lucrativos, por associações comprometidas com interesses controlistas (Rocha, 1993).

- *Planejamento familiar:*

Programas na área de saúde reprodutiva destinados a promover o exercício da escolha livre e informada sobre a reprodução, oferecendo informações e meios que permitam aos casais e indivíduos decidir responsavelmente sobre a capacidade de procriar (Nações Unidas, 1995).

- *Regulação de fecundidade:*

Utilização dos recursos de contracepção e interrupção da gravidez como forma de decidir sobre o número de filhos, e a reprodução de maneira geral (Barroso, 1987).

- *Gênero:*

Assumimos a definição de Scott (1991), baseada na interação entre dois conceitos: 1) gênero seria um elemento constitutivo das relações sociais, baseados em diferenças percebidas entre os sexos e, 2) gênero seria a maneira primordial de significar relações de poder entre homens e mulheres. Moreira (1994) incorpora a definição de gênero enquanto construção da identidade social do sexo, caracterizando o sexo feminino, historicamente oprimido.



- *Estado marital*: situação da mulher em relação a seu estado marital, se vive com um companheiro (unida), ou se atualmente não vive com um companheiro (solteira). Para as mulheres vivendo com um companheiro, foi registrado o tempo de convivência em anos, de acordo com as seguintes categorias: menos de um ano; de 1 a menos de 5 anos; 5 a menos de 10 anos; 10 anos e mais.
- *Escolaridade*: último grau escolar estudado, considerado como: até 1º grau menor, até 1º grau maior, até 2º grau.
- *Ocupação*: atividade remunerada exercida regularmente pela mulher, classificada como: não trabalha; empregada doméstica; empregada no setor formal; empregada no setor informal.
- *Renda familiar*: renda total de todos os membros da residência da mulher com atividade remunerada, inclusive a mulher: até um salário mínimo; mais de um a dois salários; mais de dois a cinco salários; mais de cinco salários.
- *Religião*: credo referido pela mulher, classificados como: nenhuma; católica; protestante; espírita; outra.
- *Raça*: dividida em: branca; parda; negra; outras.
- *Número de gestações anteriores, número de filhos, números de abortos anteriores e número de filhos nascidos mortos*: correspondem, respectivamente, ao número de gestações que precederam o aborto, número de filhos vivos, número de abortos anteriores e o número de filhos nascidos mortos. As três primeiras variáveis foram agrupadas como: 0; 1 a 2; 3 e mais, enquanto a última foi agrupada como 0 e 1.
- *Intervalo da última gestação e intervalo do último aborto*: definidos, respectivamente, como o tempo referido pela mulher entre a gestação anterior e a gestação atual e entre o aborto anterior e o atual. Classificados como: menos de um ano; de um a menos de cinco anos; cinco e mais.

- *Conhecimento de métodos contraceptivos*: métodos referidos pela mulher como conhecidos, considerando inicialmente os métodos citados espontaneamente. Em seguida, foi identificado o reconhecimento, pela mulher, dos métodos citados pela entrevistadora.
- *Uso de métodos contraceptivos*: foi considerado se a mulher estava ou não usando algum método contraceptivo nos últimos seis meses, e também durante o período em que engravidou.
- *Decisão sobre o uso*: se houve ou não participação do companheiro na decisão sobre eleição e uso do método contraceptivo, se vinha sendo utilizado regularmente.
- *Diagnóstico*: diagnóstico definido no prontuário, de acordo com o tipo de abortamento.
- *Intenção futura por métodos contraceptivos*: se a mulher pretende adotar algum método contraceptivo, e que método foi o escolhido.

Apenas para os casos de aborto induzido

- *Forma de aborto*: o método utilizado para provocar o aborto, classificado nas seguintes formas: misoprostol; chás; sonda/curetagem; outros.
- *Participação do companheiro*: atitude do companheiro em relação à decisão de abortar: se apoiou; não apoiou; atitude indiferente; ou não tomou conhecimento da decisão.
- *Motivo*: razão referida espontaneamente pela mulher como a mais importante para a decisão de abortar, agrupadas da seguinte forma:
  - *Falta de condições financeiras*: refere dificuldades de renda, moradia e de condições de vida que dificultariam o sustento de um outro filho.

*Companheiro/ namorado não querer:* recusa do companheiro, no caso das mulheres unidas, ou do namorado, no caso das mulheres solteiras, em aceitar a gravidez.

*Pressão da família:* recusa da família da mulher em aceitar a gravidez.

*Risco de perder emprego:* possibilidade de perder a garantia de ocupação durante a gravidez, para as mulheres inseridas no mercado informal de trabalho; dificuldades a serem enfrentadas no trabalho com a vinda de um filho, para as mulheres que trabalham; risco de perder uma oportunidade de emprego em vias de ser concretizada, para as mulheres que não trabalham.

*Relação instável:* tem problemas no relacionamento com o companheiro ou namorado; teve uma relação passageira; está prestes ou pensa em separar-se, no caso de mulheres unidas.

*Considera número atual de filhos suficiente:* não quer mais ter filhos; quer adiar uma nova gravidez; considera que o último filho ainda é muito pequeno.

### **3.6 - Tratamento Estatístico**

Os dados foram processados e analisados através dos programas estatísticos Epi-Info versão 6.0 e Microsoft Excel 97.

A análise foi feita nas seguintes etapas:

Foi construído um banco de dados no Epi-Info, onde as informações foram digitadas e revisadas.

As informações foram exportadas para o Excel 97, onde foram construídas tabelas de apresentação dos dados, referentes aos grupos e variáveis estudadas.

Para as idades, foram calculadas as médias e desvios-padrão.

Posteriormente, foi calculado o Risco Relativo (RR) para cada variável que pudesse ser considerada um fator importante, tanto para aborto induzido, quanto para gravidez não planejada, o que foi avaliado a partir dos resultados das frequências para cada grupo. Foi calculado o Qui-quadrado de Yates para detectar a significação estatística das diferenças encontradas, possibilitando comparar diferentes grupos.

### **3.7 - Considerações Éticas**

A pesquisa foi submetida à Comissão de Ética do Cisam - UPE, tendo sido aprovada em maio de 1999, um requisito necessário à inserção no serviço para realização de pesquisas.

Entendendo ser o aborto um tema polêmico e de caráter bastante privativo, as perguntas foram elaboradas com a preocupação de não causar constrangimento às entrevistadas, respeitando sua autonomia e liberdade em respondê-las de forma tranquila.

As entrevistas foram precedidas de esclarecimento acerca dos objetivos e motivações da pesquisa, informando também sobre o caráter sigiloso das informações obtidas, sendo as identidades preservadas. Após o consentimento verbal da paciente em participar da pesquisa, as entrevistas foram realizadas junto ao leito, de forma reservada, a fim de garantir a privacidade e conforto da entrevistada. Após o término da entrevista, cada mulher recebeu folhetos informativos sobre sexualidade e contracepção.

# RESULTADOS

*Se procurar bem, você acaba encontrando  
não a explicação (duvidosa) da vida,  
mas a poesia (inexplicável) da vida.*

Carlos Drummond de Andrade,  
Lembrete

## 4. RESULTADOS

### 4.1 - Os Grupos de Abortos Espontâneos x Abortos Induzidos

Investigamos um total de 203 casos de aborto no período de julho de 1999 a janeiro de 2000. Destes, 49 (24,1%) corresponderam a casos de aborto induzido, segundo declaração das entrevistadas:

<b>Tabela 1 - Distribuição dos casos segundo tipo de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.</b>		
<b>Aborto</b>	<b>Casos</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Espontâneo</i>	154	75,9
<i>Provocado</i>	49	24,1

#### 4.1.1 - Características Sócio-econômicas

As Tabelas 2 a 4 mostram a distribuição dos casos de abortos espontâneos e induzidos segundo características sócioeconômicas. De um modo geral, a maioria dos casos, nos dois grupos, preservam certas características comuns: idade entre 20 e 24 anos; escolaridade até 1º grau maior; não trabalham; possuem renda familiar de até 5 salários; declaram-se católicas; e de cor parda.

Não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre as frequências dos dois grupos, exceto em relação ao estado marital, condição na qual as mulheres solteiras apresentaram risco duas vezes maior em relação ao aborto induzido que o grupo de abortos espontâneos, e intervalo da gestação anterior, com maior risco para intervalo de 1 a 5 anos (Quadro 1).

<b>Quadro 1 - Valor estatístico das razões de frequências dos grupos de abortos induzidos e espontâneos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.</b>		
<b>Variáveis</b>	<b><math>\chi^2</math> #</b>	<b>valor de p</b>
<i>Faixa etária</i> entre 20 e 24 anos	0,66	0,417
<b><i>Estado marital - solteira*</i></b>	<b>9,97</b>	<b>0,001</b>
<i>Tempo de convivência</i> entre 5 a 10 anos	0,79	0,373
<i>Escolaridade</i> - 1º grau maior	0,33	0,568
<i>Ocupação</i> - trabalha	2,58	0,108
<i>Renda familiar</i> maior que 5 salários mínimos	0,79	0,373
<i>Religião</i> - sem religião	2,14	0,144
<i>Raça</i> - não branca	0,26	0,607
<i>Gestações anteriores</i> - 3 e mais	0,20	0,653
<i>Filhos vivos</i> - 1 a 2	0,22	0,653
<b><i>Intervalo da gestação anterior - 1 a 5 anos**</i></b>	<b>5,16</b>	<b>0,023</b>
<i>Aborto anterior</i> - 1	0,06	0,801
<i>Intervalo do aborto anterior</i> - 1 a 5 anos	1,67	0,196

\* Relação estatisticamente significativa. RR = 2,24.

\*\* RR = 2,69

# Teste de qui-quadrado com correção de Yates

De acordo com os dados da Tabela 2, a idade média, de maneira geral, foi de 24,5 anos, desvio-padrão (DP) = 6,1, e não foi encontrada variação importante na idade média entre os dois grupos. Entre as mulheres que tiveram aborto induzido, mais de 22%, n=11, estão na faixa etária mais jovem, de 15 a 19 anos, e mais de 60%, n=30, têm idade até 24 anos.

A proporção de solteiras é bem maior entre as mulheres com aborto induzido (53%, n=26) que entre as com aborto espontâneo (27%, n=42). Por outro lado, entre as mulheres unidas, aquelas do grupo induzido apresentaram maior percentual de uniões com maior tempo de convivência (52%, n=12, tinham mais de 5 anos de convivência, e 42%, n=47, do grupo espontâneo tinha o mesmo tempo).

**Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com faixa etária e estado marital. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>				
15 – 19	37	24,03	11	22,45
20 – 24	48	31,17	19	38,78
25 – 30	39	25,32	11	22,45
30 e mais	30	19,48	8	16,33
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
	X=24,4anos DP=5,9		X= 24,5anos DP=6,9	
<b>Estado marital</b>				
Unida	112	72,73	23	46,94
Solteira	42	27,27	26	53,06
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Tempo de convivência</b>				
Menos de 1 ano	18	16,08	1	4,35
1- menos de 5	47	41,96	10	43,48
5 - menos de 10	35	31,25	10	43,48
10 anos e mais	12	10,71	2	8,69
<b>Total</b>	112	100,00	23	100,00

O nível de escolaridade mostrou-se um pouco melhor nas mulheres com aborto espontâneo. Porém, entre as com aborto induzido, a proporção de mulheres que trabalham é maior, também com maior frequência de mulheres inseridas no setor informal de trabalho, em relação ao grupo de espontâneos. O nível de renda mostrou-se praticamente equivalente entre os dois grupos, porém com uma maior proporção de mulheres do grupo de aborto induzido com renda familiar de até 2 salários mínimos (Tabela 3).

**Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com nível de escolaridade, ocupação e renda familiar. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>				
1o grau menor	45	29,22	14	28,57
1o grau maior	60	38,96	22	44,90
2o grau	49	31,82	13	26,53
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Ocupação</b>				
Não trabalha	100	64,94	27	55,10
Emp. doméstica	17	11,04	4	8,16
Trab. setor formal	28	18,18	11	22,45
Trab. setor informal	9	5,84	7	14,29
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Renda</b>				
Até 1 sm	28	18,18	11	22,45
mais de 1 - 2 sm	33	21,43	12	24,49
mais de 2 - 5 sm	61	39,61	14	28,57
mais de 5 sm	24	15,58	11	22,45
Não soube informar	8	5,19	1	2,04
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00

sm= salário mínimo

A maioria das mulheres declarou-se católica, entretanto uma proporção bem maior no grupo de espontâneos, de 21%, n=33, referiu religiões protestantes em relação ao grupo de induzidos, onde apenas 4%, n=2, referiram este tipo de credo.

**Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com religião e raça. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Religião</b>				
Sem religião	38	24,68	18	36,73
Católica	76	49,35	28	57,14
Protestante	33	21,43	2	4,08
Espírita	7	4,55	1	2,04
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Raça</b>				
Branca	13	8,44	6	12,24
Parda	127	82,47	38	77,55
Negra	14	9,09	5	10,20
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00

#### 4.1.2 - Características Reprodutivas

Em relação às características reprodutivas (Tabelas 5 a 10), foram analisados os dados relativos à história reprodutiva das mulheres, bem como o conhecimento e utilização de métodos contraceptivos. Os casos foram, ainda, classificados de acordo com o diagnóstico definitivo do aborto, conforme indicado no prontuário médico.

Como relação às gestações anteriores (Tabela 5), a maioria das mulheres já teve alguma gestação (73,16%, n=113, dos casos espontâneos e 77,55%, n=38, dos induzidos), entretanto com maior proporção de mais de três gestações no grupo de abortos induzidos.

Por outro lado, também neste grupo, cerca de 22%, n=11, das mulheres não teve gestação anterior ao aborto, e cerca de 32%, n=16, não têm filhos.

O grupo de abortos espontâneos teve uma maior proporção de gestações anteriores acontecendo há menos de um ano (cerca de 15%, n=17, e o grupo de induzidos com cerca de 5%, n=2, de gestações prévias tendo ocorrido neste período) como também de gestações que ocorreram há mais de 5 anos (n=19, 8%). Entre as mulheres com gestações prévias tendo ocorrido entre 1 e 5 anos, o grupo de abortos induzidos é maioria, 87%, n=33, enquanto no grupo de espontâneos, cerca de 66%, n=75.

Entre as mulheres com gestações anteriores, mais da metade, em ambos os grupos, têm entre 1 e 2 filhos, também com uma proporção maior de mulheres do grupo induzidos nesta faixa, cerca de 57%, n=28, neste grupo e cerca de 52%, n=80, no grupo de espontâneos.

As proporções de números de abortos foi muito parecida nos dois grupos, sendo que no grupo de abortos induzidos, o total de mulheres que já teve algum aborto foi maior (36,73%, n=18) que no grupo de abortos espontâneos (33,12%, n=51). Também naquele grupo, os abortos aconteceram, em sua maioria, no intervalo de 1 a 4 anos, enquanto que, no grupo de espontâneos, os abortos encontram-se mais uniformemente distribuídos entre intervalos curtos e longos.

**Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com o resultado de gestações anteriores. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Gestações anteriores</b>				
Nenhuma	41	26,62	11	22,45
1 - 2 gestações	79	51,30	25	51,02
3 e mais	34	22,08	13	26,53
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Número de filhos</b>				
Nenhum	57	37,01	16	32,65
1 -2 filhos	80	51,95	28	57,14
3 e mais	17	11,04	5	10,20
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Intervalo da gestação anterior</b>				
Menos de 1 ano	17	14,91	2	5,26
1 - 5 anos	75	65,79	33	86,84
5 e mais	22	19,30	3	7,89
<b>Total</b>	114	100,00	38	100,00
<b>Número de abortos anteriores</b>				
Nenhum	103	66,88	31	63,27
1	33	21,43	12	24,49
2 e mais	18	11,69	6	12,24
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Intervalo do aborto anterior</b>				
Menos de 1 ano	10	19,61	1	5,55
1 a 4 nos	29	56,86	14	77,78
5 anos e mais	12	23,53	2	11,12
Não Sabe	-		1	5,55
<b>Total</b>	51	100,00	18	100,00
<b>Filhos nascidos mortos</b>				
Nenhum	145	94,16	45	91,84
1	9	5,84	4	8,16
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00

Os dois grupos apresentaram diferenças importantes em relação ao uso de contraceptivos (Tabela 6). As mulheres que tiveram aborto induzido apresentaram maior proporção de uso de contraceptivos, 73,47%, n=36, declararam usar algum

método contraceptivo regularmente e 36,73%, n=18, no período em que engravidaram. Entre aquelas com aborto espontâneo, 48,7%, n=75, declararam usar algum método contraceptivo regularmente e 26,62%, n=41, no período em que engravidaram. A decisão sobre a escolha do método contraceptivo foi, em sua maioria, uma decisão do casal para o grupo de abortos espontâneos (58,67%, n=44), enquanto que, no grupo com abortos induzidos, esta decisão coube mais às mulheres (58,33%, n=21).

**Tabela 6 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com a utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

<b>Características</b>	<b>Aborto</b>			
	<b>Espontâneo</b>		<b>Induzido</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Uso de contracepção nos últimos seis meses</b>				
Sim	75	48,70	36	73,47
Não	79	51,30	13	26,53
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00
<b>Decisão na escolha do método</b>				
Escolha conjunta	44	58,67	15	41,67
Só da mulher	31	41,33	21	58,33
<b>Total</b>	75	100,00	36	100,00
<b>Uso de contracepção no período da concepção</b>				
Sim	41	26,62	18	36,73
Não	113	73,38	31	63,27
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00

Nos dois grupos, o uso de métodos modernos prevaleceu sobre os comportamentais como método de escolha (Tabela 7). Entretanto, considerando o período em que as mulheres engravidaram, o coito interrompido mostrou-se tão ou mais utilizado que os demais métodos (50%, n=9, dos induzidos e 29%, n=12, dos espontâneos).

No período em que engravidaram, as mulheres dos dois grupos mostraram menor proporção de utilização dos contraceptivos hormonais (pílula e injetáveis), enquanto que a utilização de tabela cresceu no grupo de espontâneos e permaneceu igual no grupo de induzidos, para este período.

**Tabela 7 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com a utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Método contraceptivo nos últimos seis meses</b>				
Pílula	28	37,33	9	25,00
Camisinha	17	22,67	14	38,89
Coito interrompido	15	20,00	9	25,00
Injetáveis	8	10,67	2	5,56
Tabela	5	6,67	2	5,56
Outros	2	2,67	0	-
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100,00</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

<b>Mét. contraceptivo no momento da concepção</b>				
Coito interrompido	12	29,27	9	50,00
Pílula	12	29,27	3	16,67
Camisinha	9	21,95	5	27,78
Tabela	4	9,76	1	5,56
Injeções	3	7,32	0	-
Outros	1	2,44	0	-
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>

Todas as mulheres entrevistadas declararam conhecer pelo menos um método contraceptivo (Tabela 8). Os mais citados foram a camisinha masculina e a pílula, enquanto que o diafragma e espermicida foram os menos conhecidos, para os dois grupos.

As mulheres com aborto espontâneo foram maioria no conhecimento de todos os métodos em relação às mulheres do grupo induzido, com exceção da camisinha masculina, que é conhecida pela totalidade de mulheres dos dois grupos.

O diferencial no conhecimento sobre métodos entre os dois grupos fica ainda mais visível para a camisinha feminina, onde a proporção de mulheres de abortos induzidos que conhece o método é menos da metade que no grupo de espontâneos. Para os métodos DIU, tabela e diafragma, a diferença entre os dois grupos é de mais de 10%.

**Tabela 8 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com o conhecimento de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Conhecimento sobre métodos contraceptivos</b>				
<i>Modernos</i>				
Pílula	153	99,35	48	97,96
DIU	128	83,12	37	75,51
Injeções	152	98,70	45	91,84
Diafragma	41	26,62	8	16,33
Espermicida	19	12,34	4	8,16
Cami. masculina	154	100,00	49	100,00
Cami. feminina	117	75,97	15	30,61
Esterilização	140	90,91	42	85,71
<i>Comportamentais</i>				
Tabela	120	77,92	28	57,14
Coito interrompido	134	87,01	41	83,67

Cami. = Camisinha

As mulheres que tiveram aborto induzido se mostraram mais motivadas (98%, n=48) que as com aborto espontâneo (88%, n=135) a adotar algum método contraceptivo após a experiência do aborto (Tabela 9). Também aquele grupo revelou maior demanda pela adoção de métodos de longa duração, como o DIU (33%, n=16, dos induzidos e 21%, n=32, dos espontâneos), e mesmo irreversíveis, como a esterilização (10%, n=5, dos induzidos e 3%, n=5, dos espontâneos).

**Tabela 9 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com a intenção futura de utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Intenção futura por métodos contraceptivos</b>				
<i>Sim</i>	135	87,66	48	97,96
Pílula	45	29,22	11	22,45
DIU	32	20,78	16	32,65
Injetáveis	32	20,78	10	20,41
Cami. Masculina	9	5,84	1	2,04
Tabela	4	2,60	0	0,00
Esterilização	5	3,25	5	10,20
Indecisa	8	5,19	5	10,20
<i>Não</i>	19	12,34	1	2,04
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00

Cami. = Camisinha

O diagnóstico de aborto incompleto foi o mais frequente, em ambos os grupos, conforme descrito na Tabela 10.

Entre as mulheres com aborto induzido, uma considerável proporção apresentou o diagnóstico de abortamento infectado (29%, n=14) em relação ao grupo de abortamento espontâneo (8%, n=12).

**Tabela 10 - Distribuição das mulheres segundo tipo de aborto, de acordo com diagnóstico de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Aborto			
	Espontâneo		Induzido	
	N	%	N	%
<b>Diagnóstico</b>				
Ab. incompleto	85	55,19	21	42,86
Ab. inevitável	47	30,52	13	26,53
Ab. infectado	12	7,79	14	28,57
Ab. retido	8	5,19	1	2,04
Ab.tardio	2	1,30	0	0,00
<b>Total</b>	154	100,00	49	100,00

#### 4.2 - Os Grupos de Gestações Planejadas x Gestações Não Planejadas

Quando fizemos uma nova classificação dos casos, desta vez considerando gestações planejadas e gestações não planejadas, encontramos as variáveis estado marital e escolaridade como relacionadas às gestações não planejadas (Quadro 2).

Quadro 2 - Valor estatístico das razões de frequências dos grupos de gestações planejadas e não planejadas. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.			
Variáveis	$\chi^2$ #	valor de p	RR
Faixa etária entre 15 e 24 anos	0,31	0,576	ns
<b>Estado marital - solteira</b>	<b>15,92</b>	<b>0,000</b>	<b>1,43</b>
Tempo de convivência maior que 10 anos	2,30	0,130	ns
<b>Escolaridade até 1º grau</b>	<b>5,28</b>	<b>0,021</b>	<b>1,27</b>
Ocupação - trabalha	0,13	0,722	ns
Renda familiar até 1 salário mínimo	0,36	0,550	ns
Religião - sem religião	0,35	0,554	ns
Raça - branca	0,80	0,372	ns
Gestações anteriores - 1 a 2	0,28	0,596	ns
Algum filho vivo	2,41	0,120	ns
Intervalo da gestação anterior- maior que 5 anos	3,25	0,072	ns
Algum aborto anterior	10,69	0,001	0,33
Intervalo do aborto anterior - 1 a 5 anos	0,01	0,934	ns

ns = não significativo

# = Teste de qui-quadrado com correção de Yates

#### 4.2.1 - Características Sócio-econômicas

As tabelas 11 a 13 mostram as características sócio econômicas das mulheres, quando classificadas nos grupos:

- 1- gestações planejadas: 55 mulheres, correspondendo a 27% do total;
- 2- gestações não planejadas, mas desejadas: 65 mulheres, 32% do total;
- 3- gestações indesejadas, 83 mulheres, 41% do total.

Em relação às variáveis idade e estado marital, diferenças claras entre os grupos estão mostradas na Tabela 11. A maioria das mulheres dos grupos 2 e 3, cerca de 58%, n=87, situam-se na faixa etária menor que 24 anos, enquanto cerca de 50%, n=28, do grupo 1 correspondem a esta faixa.

A maior proporção de adolescentes é observada no grupo 2, que também tem a maior proporção de mulheres com mais de 30 anos. Na faixa de 25 a 30 anos, a maior proporção de mulheres é do grupo 3, enquanto que o grupo 1 possui a mesma quantidade de mulheres entre 20 e 24, e entre 25 e 30 anos, que, juntas, respondem por mais de 60%, n=34, do grupo.

A proporção de solteiras é marcadamente maior no grupo 3 (52%, n=43), em relação aos grupos 1 e 2 (11%, n=6 e 29%, n=19). As mulheres unidas têm um tempo de convivência, em sua maioria, de 1 a menos de 5 anos.

**Tabela 11 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com faixa etária e estado marital. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária</b>						
15 - 19	11	20,00	18	27,69	19	22,89
20 - 24	17	30,91	20	30,77	30	36,14
25 - 30	17	30,91	11	16,92	22	26,51
30 e mais	10	18,18	16	24,62	12	14,46
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00
	X=24,4 anos DP=5,4		X=24,6 anos DP=6,8		X=24,2 anos DP=6,1	
<b>Estado Marital</b>						
Solteira	6	10,91	19	29,23	43	51,81
Unida	49	89,09	46	70,77	40	48,19
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00
<b>Tempo de convivência</b>						
Menos de 1 ano	6	12,24	10	21,74	3	7,50
1- menos de 5	21	42,86	17	36,96	19	47,50
5 - menos de 10	20	40,82	11	23,91	14	35,00
10 anos e mais	2	4,08	8	17,39	4	10,00
<b>Total</b>	49	100,00	46	100,00	40	100,00

A Tabela 12 mostra as características de escolaridade, ocupação e renda familiar.

O nível de escolaridade mostrou-se melhor no grupo 1 em relação aos grupos 2 e 3, e as mulheres do grupo 2 apresentaram as maiores proporções de níveis mais baixos de escolaridade.

Nos três grupos, mais de 60% das mulheres não trabalham. Entretanto, nos grupos 2 e 3 é maior a proporção de mulheres que trabalham, cerca de 38%, n=25 e n=32, enquanto, no grupo 1, 35%, n=19, das mulheres trabalham.

A maior parte das mulheres têm renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos. As mulheres do grupo 3 apresentaram maior proporção de renda familiar mais baixa, cerca de 46%, n=38, recebem até 2 salários mínimos, enquanto cerca de 38%, n=21 e n=25, dos grupos 1 e 2 têm a mesma renda.

**Tabela 12 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com nível de escolaridade, ocupação e renda familiar. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Escolaridade</b>						
1o grau menor	12	21,82	22	33,85	25	30,12
1o grau maior	19	34,55	29	44,62	34	40,96
2o grau	24	43,64	14	21,54	24	28,92
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00
<b>Ocupação</b>						
Não trabalha	36	65,45	40	61,54	51	61,45
Doméstica	4	7,27	8	12,31	9	10,84
Setor formal	11	20,00	13	20,00	15	18,07
Setor informal	4	7,27	4	6,15	8	9,64
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00
<b>Renda</b>						
Até 1 sm	9	16,36	10	15,38	20	24,10
mais de 1 - 2 sm	12	21,82	15	23,08	18	21,69
mais de 2 - 5 sm	22	40,00	27	41,54	26	31,33
mais de 5 sm	11	20,00	9	13,85	15	18,07
Não soube informar	1	1,82	4	6,15	4	4,82
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00

As características de religião e raça estão mostradas na Tabela 13. Cerca de metade das mulheres dos três grupos declararam-se católicas. Nos três grupos, ficou evidenciado proporções gradativamente menores de mulheres que referiram religiões protestantes.

**Tabela 13 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com religião e raça. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Religião</b>						
Sem religião	13	23,64	17	26,15	26	31,33
Católica	27	49,09	32	49,23	45	54,22
Protestante	13	23,64	12	18,46	10	12,05
Espírita	2	3,64	4	6,15	2	2,41
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00
<b>Raça</b>						
Branca	3	5,45	5	7,69	11	13,25
Parda	48	87,27	57	87,69	60	72,29
Negra	4	7,27	3	4,62	12	14,46
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00

#### 4.2.2 - Características Reprodutivas

As características relacionadas à vida reprodutiva das mulheres, segundo categoria de gestação, estão mostradas nas Tabelas 13 a 18.

Observamos que cerca de 74% das mulheres já tiveram alguma gestação anterior, sem grandes diferenças entre os grupos (Tabela 13). As mulheres do grupo 1 tiveram maior proporção de intervalo de gestação menor que 1 ano, cerca de 20%, n=8, acontecendo neste período, enquanto nos grupos 2 e 3 é praticamente igual a proporção de mulheres com gestações prévias neste período, cerca de 10%, n=5 e n=6. Quando se trata de gestações ocorridas há mais de 5 anos, os grupos 2 e 3 apresentam proporção de mulheres notavelmente maiores (26 e 13%, n=12 e n=8, respectivamente) em relação ao grupo 1 (menos de 5%).

É maior a proporção das que têm filhos vivos entre as que tiveram gestação não planejada, os grupos 2 e 3, com 66%, n=43, e 68%, n=57, de mulheres com filhos, que entre as que tiveram gestações planejadas, grupo 1 (54,5%, n=30). Por outro lado, as mulheres do grupo 1 têm menores intervalos da gestação anterior que os grupos 2 e 3.

As mulheres do grupo 1 que já tiveram algum aborto representaram uma proporção significativamente maior, de 53%, n=27, que as do grupo 2 (25%, n=16) e grupo 3 (29%, n=24). O grupo 1 apresenta também o maior percentual de abortos recentes, há menos de 1 ano, 21%, n=6, enquanto o grupo 2 apresenta o maior percentual de abortos que ocorreram há mais de 5 anos, 31%, n=5. O grupo 3 apresenta uma proporção bem maior de abortos tendo ocorrido de 1 a 4 anos, 71%, n=17.

**Tabela 14 - Características das mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com resultado das gestações anteriores. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Gest. anteriores</b>						
Nenhuma	14	25,45	19	29,23	19	22,89
1 - 2 gestações	26	47,27	34	52,31	44	53,01
3 e mais	15	27,27	12	18,46	20	24,10
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>
<b>Número de filhos</b>						
Nenhum	25	45,45	22	33,85	26	31,33
1 - 2 filhos	25	45,45	35	53,85	48	57,83
3 e mais	5	9,09	8	12,31	9	10,84
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>
<b>Intervalo da gestação anterior</b>						
Menos de 1 ano	8	19,51	5	10,87	6	9,38
1 - 4 anos	31	75,61	29	63,04	50	78,13
5 e mais	2	4,88	12	26,09	8	12,50
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,00</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>
<b>Número de abortos</b>						
0	26	47,27	49	75,38	59	71,08
1	17	30,91	11	16,92	17	20,48
2 e mais	12	21,82	5	7,69	7	8,43
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>
<b>Intervalo do aborto anterior</b>						
Menos de 1 ano	6	20,69	3	18,75	2	8,33
1 - 4 anos	18	62,07	8	50,00	17	70,83
5 e mais	5	17,24	5	31,25	4	16,67
Não sabe	-	-	-	-	1	4,17
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Número de filhos nascidos mortos</b>						
0	52	94,55	61	93,85	77	92,77
1	3	5,45	4	6,15	6	7,23
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>

O nível de utilização de métodos contraceptivos mostrado na Tabela 15, foi crescentemente maior nos grupos 1, 2 e 3, com proporções de, respectivamente, 32, 52 e 71%, n=18, n=34 e n=59, de mulheres que declararam utilizar algum método contraceptivo nos últimos seis meses. ouve uma queda acentuada no nível de utilização de contraceptivos no período em que as mulheres engravidaram, que foi mais acentuada no grupo 1, onde a utilização decresceu em mais de 75% neste

período. As diferenças nas proporções de utilização no período correspondente à concepção, inclusive, ficam bem mais visíveis entre os grupos gestações planejadas/não planejadas, que entre os grupos abortos espontâneos/induzidos (Tabela 6).

A decisão sobre a adoção do método foi tomada, na maioria, pelo casal nas gestações não planejadas e em proporções iguais, pela mulher e pelo casal, no grupo de gestações planejadas.

**Tabela 15 - Características da mulheres segundo categoria de gestação, de acordo com a utilização de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Uso de contracepção nos últimos seis meses</b>						
Sim	18	32,73	34	52,31	59	71,08
Não	37	67,27	31	47,69	24	28,92
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>
<b>Decisão na escolha do método</b>						
Escolha conjunta	9	50,00	21	61,76	13	56,52
Só da mulher	9	50,00	13	38,24	10	43,48
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>	<b>23</b>	<b>100,00</b>
<b>Uso de contracepção no período da concepção</b>						
Sim	4	7,27	18	27,69	37	44,58
Não	51	92,73	47	72,31	46	55,42
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>

O método mais usado como método regular nos grupos 1 e 2 foi a pílula, enquanto que no grupo 3, a camisinha masculina foi o mais citado (Tabela 15). Os grupos 2 e 3 utilizavam mais o coito interrompido como método regular (23 e 25%, n=8 e n=15) que o grupo 1 (5%, n=1), enquanto que as mulheres deste grupo tinham proporção acentuadamente mais alta de hormonais injetáveis, de 22%, n=4, que os outros dois grupos, 3 e 8%, n=1 e n=5.

No momento da concepção, o coito interrompido aparece com a mesma frequência da pílula e camisinha nos grupos 1 e 2, e maior frequência entre todos os métodos citados no grupo 3.

**Tabela 16 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com método contraceptivo utilizado. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Método contraceptivo nos últimos seis meses</b>						
Pílula	7	38,89	14	41,18	16	27,12
Camisinha	4	22,22	8	23,53	19	32,20
Coito interrompido	1	5,56	8	23,53	15	25,42
Injetáveis	4	22,22	1	2,94	5	8,47
Outros	2	11,11	3	8,82	4	6,78
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>
<b>Método contraceptivo utilizado no período da concepção</b>						
Coito interrompido	1	25,00	6	33,33	14	37,84
Pílula	1	25,00	6	33,33	8	21,62
Camisinha	1	25,00	4	22,22	9	24,32
Outros	1	25,00	2	11,11	6	16,22
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>

Camisinha masculina e pílula foram reconhecidos por praticamente todas as mulheres dos três grupos, enquanto diafragma, espermicida, e camisinha feminina foram os menos conhecidos.

O conhecimento foi diferente entre os grupos, de acordo com o método. Apenas o DIU foi mais conhecido entre as mulheres do grupo 1 em relação aos grupos 2 e 3, embora seja conhecido pela maioria das mulheres dos três grupos.

De maneira geral, o grupo 3 mostrou conhecer mais métodos que os outros dois grupos. Injetáveis, esterilização, coito interrompido, tabela, camisinha feminina e diafragma foram reconhecidos por maiores proporções de mulheres do grupo 3.

**Tabela 17 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com o conhecimento de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conhecimento sobre métodos contraceptivos</b>						
<i>Métodos modernos</i>						
Pílula	55	100,00	65	100,00	82	98,80
DIU	54	98,18	55	84,62	66	79,52
Injeções	47	85,45	57	87,69	79	95,18
Diafragma	13	23,64	11	16,92	22	26,51
Espermicida	6	10,91	3	4,62	9	10,84
Cam. masculina	55	100,00	65	100,00	83	100,00
Cam. feminina	30	54,55	28	43,08	55	66,27
Esterilização	31	56,36	45	69,23	70	84,34
<i>Comportamentais</i>						
Tabela	28	50,91	32	49,23	61	74,39
Coito interrompido	27	49,09	54	83,08	70	85,37

As mulheres com gestações não planejadas mostraram-se mais motivadas a adotarem algum método contraceptivo (98%, n=81), e com maior demanda pelo DIU em relação às mulheres com gestações planejadas.

Nos três grupos, os contraceptivos hormonais foram bastante referidos, enquanto que a camisinha masculina foi citada como método contraceptivo a ser adotado por cerca de 5% das mulheres.

A esterilização foi mais citada pelas mulheres do grupo 3, aparecendo como a terceira opção para este grupo, depois dos contraceptivos hormonais e DIU.

Os grupos 2 e 3 apresentaram maiores percentuais de indecisas, cerca de 9 e 7%, n=6 e n=6, que o grupo 1, com menos de 2%, n=1, de mulheres nesta situação.

**Tabela 18 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com a intenção por utilização futura de métodos contraceptivos. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Intenção futura por métodos contraceptivos</b>						
<i>Sim</i>	43	78,18	59	90,77	81	97,60
Pílula	17	30,91	16	24,62	23	28,05
DIU	5	9,09	20	30,77	23	28,05
Injetáveis	13	23,64	10	15,38	19	23,17
Cam. Masculina	3	5,45	3	4,62	4	4,88
Tabela	2	3,64	1	1,54	1	1,22
Esterilização	2	3,64	3	4,62	5	6,10
Indecisa	1	1,82	6	9,23	6	7,32
<i>Não</i>	12	21,82	6	9,23	2	2,41
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00

Os diagnósticos de aborto classificados segundo categoria de gestação estão mostrados na Tabela 18. O diagnóstico de aborto infectado foi acentuadamente maior no grupo 3 (21,7%, n=18) que nos grupos 2 e 1 (4,6% e 7,3%, n=4 e n=3, respectivamente).

**Tabela 19 - Distribuição das mulheres estudadas segundo categoria de gestação, de acordo com o diagnóstico de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	Grupo 1- Planejada		Grupo 2- Não plan/Des		Grupo 3- Indesejada	
	N	%	N	%	N	%
<b>Diagnóstico</b>						
Ab. incompleto	29	52,73	32	49,23	46	55,42
Ab. inevitável	15	27,27	27	41,54	18	21,69
Ab. infectado	4	7,27	3	4,62	18	21,69
Ab. retido	5	9,09	3	4,62	1	1,20
Ab. tardio	2	3,64	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	55	100,00	65	100,00	83	100,00

### 4.3 - O Grupo de Abortos Induzidos

Os procedimentos utilizados pelas mulheres que admitiram ter induzido o aborto estão relacionados na Tabela 19. A maioria (67%, n=33) relatou a utilização do misoprostol, enquanto 16%, n=8, se utilizaram de métodos invasivos, como sonda e curetagem. Cerca de 10%, n=5, referiram-se à ingestão de chás abortivos, enquanto que cerca de 6%, n=3, se utilizaram de outros recursos, como medicações e introdução de substâncias na vagina.

**Tabela 20 - Distribuição das mulheres que tiveram aborto induzido, segundo forma de aborto. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

Características	N	%
<b>Forma de aborto</b>		
Misoprostol	33	67,35
Sonda/curetagem	8	16,33
Chás	5	10,20
Outros	3	6,12
<b>Total</b>	49	100,00

O processo de tomada de decisão sobre o aborto (Tabela 20) aconteceu geralmente sem o conhecimento do companheiro (40,82%, n=20). Os homens que tomaram conhecimento da questão, dividiram-se entre diferentes posturas: 45%, n=13, apoiaram a decisão, 31%, n=9, não apoiaram e 24%, n=7, mostraram-se indiferentes.

A razão mais referida para a decisão de abortar está ligada a problemas no relacionamento (26%, n=13) - relações conturbadas ou passageiras. A limitação da prole também foi motivo importante para a decisão (20%, n=10), no sentido de as mulheres considerarem o número atual de filhos suficiente. Razões ligadas a condições financeiras foram citadas por cerca de 16%, n=8, das mulheres.

**Tabela 21 - Distribuição das mulheres que tiveram aborto induzido, segundo características do processo de tomada de decisão. Cisam, 01 de julho de 1999 a 31 de janeiro de 2000.**

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Participação do companheiro</b>		
Não soube	20	40,82
Apoiou	13	26,53
Não apoiou	9	18,37
Indiferente	7	14,29
<b>Total</b>	49	100,00
<b>Motivo</b>		
Relação instável	13	26,53
Considera número atual de filhos suficiente	10	20,41
Falta de condições financeiras	8	16,33
Risco de perder emprego	5	10,20
Companheiro/namorado não querer	4	8,16
Pressão da família	2	4,08
Outros	7	14,29
<b>Total</b>	49	100,00

## DISCUSSÃO

*O ser mulher, subalterna ou rebelde, age. Ela é pessoa. Mas, muitas vezes, esse agir é dissimulado porque não consentido, dentro das interdições impostas pela hierarquia patriarcal que vem soterrando a existência pessoal da mulher ao impor uma moral (diferente da moral do varão) que lhe restringe oportunidades de autoconhecimento.*

Fernanda Carneiro, no artigo “O jogo erótico das escolhas”

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1 - Os Grupos Espontâneos x Induzidos

Entre os 203 casos de abortos estudados durante o período de junho de 1999 a janeiro de 2000, 49 mulheres admitiram ter provocado o aborto, o que corresponde a 24,1% do total, e representa a proporção de abortos certamente induzidos, segundo a classificação da OMS.

A disparidade entre as proporções de abortos induzidos encontradas é característica dos estudos sobre aborto. Fonseca et al. (1996), estudando casos de aborto durante o período de um ano em duas grandes maternidades de Fortaleza/ Ceará, encontrou um total de 47,6% de mulheres que admitiram ter provocado o aborto. Bursztyn (1998), em inquérito domiciliar na favela da Rocinha/ Rio de Janeiro, identificou uma proporção de 18,24% de abortos induzidos. Martins et al. (1991), estudando abortos em sete comunidades do município do Rio de Janeiro, observou um total de 50,9% de abortos induzidos. Silva (1995), em estudo em maternidade de Recife/ Pernambuco, encontrou um total de 28,7% de abortos certamente induzidos.

A classificação espontâneos/ induzidos é uma questão crítica quando se estuda aborto, nos países onde este é ilegal. A subinformação intrínseca a um tema cercado de amplas discussões morais e legais é um problema constantemente enfrentado em estudos sobre o assunto (Jimena, 1991; Pinto Neto et al., 1991; Hardy e Alves, 1992; Fonseca et al., 1996; Bailey, 1998). Parte das mulheres não admite ter provocado o aborto, cerceadas por um sentimento de punição, muitas vezes reforçado por um atendimento impessoal, quando não preconceituoso, oferecido pelos serviços de saúde. Silva (1996: 137) evidencia um paradoxo no tratamento que a sociedade dá ao aborto: "(...) a sociedade, por um lado, pressiona à prática do aborto, buscando impedir que determinadas gestações cheguem a termo, mas, por outro, condena a mesma prática."

Mesmo em países onde o aborto é permitido por lei, os registros sofrem com problemas relativos à qualidade dos dados, e as informações mostram-se, por vezes, incompletas (Gissler, 1996) e, mesmo nestes países, as mulheres omitem no seu relato a condição de aborto induzido (Singh e Wulf, 1991).

Os mesmos autores, em 1994, apontam para a variação de níveis aproximados de aborto induzido a partir dos números de mulheres hospitalizadas para tratamento de complicações por aborto. Sendo esta a principal fonte de informações abrangente sobre o problema nos países onde o aborto é proibido por lei, há que se levar em conta que nem todas as mulheres que induzem um aborto sofrem complicações. Mais ainda, entre as que sofrem complicações, nem todas recorrem a tratamento hospitalar.

Entre seis países latino-americanos (Brasil, Colômbia, Chile, México, Peru e República Dominicana), o instituto The Alan Guttmacher (1994) estima que, entre as mulheres que se submetem a aborto induzido, cerca de 30 a 45% experimentam complicações, mas só 20 a 30% destas são hospitalizadas para atendimento. As hospitalizações, em se tratando de aborto, são consideradas por Singh e Wulf (1991) apenas “a ponta do iceberg”.

Silva (1996) salienta que a população de mulheres hospitalizadas em decorrência de sequelas pós-abortos é tão específica, que não é possível inferir os resultados dela derivados para a população geral.

Em nosso estudo, além desses problemas inerentes ao tipo de população estudada, o fato de o local de estudo escolhido, por sua localização e tipo de serviços prestados, receber uma demanda com características bem próprias restringe ainda mais a representatividade do estudo em relação à população geral.

Mesmo assim, a magnitude do evento no Cisam não pode ser desconsiderada. Segundo dados de 1999, teve o maior número de atendimentos deste tipo entre as grandes maternidades públicas de Recife. Este tipo de procedimento responde por cerca de 20% do total de internações para procedimentos obstétricos no Cisam.

É exatamente este aspecto do estudo que parece ter levado a que os grupos de abortos espontâneos e induzidos, quando comparados em relação a suas características sócio-econômicas e reprodutivas, não apresentassem diferenças estatisticamente significativas, exceto sobre o estado marital, quando as mulheres solteiras apresentaram maior risco de terem aborto induzido. Além dos grupos apresentarem características comuns por pertencerem a uma mesma demanda do Sistema Único de Saúde, o desenho de estudo adotado refere-se a um determinado momento, bastante delimitado, o que esconde possíveis interações entre os grupos:

mulheres de um determinado grupo poderiam pertencer a um grupo diferente, em um outro momento.

Outra limitação importante do estudo a ser considerada é o fato do tamanho amostral estar condicionado a um período de coleta de dados pré-estabelecido, em função da limitação de tempo e recursos para a execução do trabalho de campo, o que certamente exige uma certa cautela na interpretação dos dados, em alguns momentos.

O estado marital é uma variável geralmente associada de maneira importante ao aborto induzido, no sentido de que o perfil de mulheres jovens e solteiras recorrendo ao aborto induzido já foi identificado em diversos estudos. (Boehs et al., 1983; Henshaw, 1987; Koonin et al., 1990; Schor, 1990; Skjeldestad et al., 1994; Costa et al., 1995; Fonseca et al., 1996; Silva, 1998). Em realidades onde estão disponíveis serviços de aborto legal e planejamento familiar, o perfil de mulheres casadas passa a predominar (Li et al., 1990), ou até mesmo as taxas de aborto chegam a decrescer entre mulheres solteiras (D'Avanzo et al., 1992). Em nosso estudo, as mulheres solteiras apresentaram risco duas vezes maior em relação ao aborto induzido, quando esta variável aparece como fator de risco para o evento, no grupo estudado.

Entre as mulheres unidas, é interessante observar que no grupo de abortos induzidos, a maior proporção é de mulheres com uniões mais duradouras, cerca de 52% com mais de 5 anos de convivência, enquanto no grupo espontâneo, este grupo representa 42% do total. Portanto, enquanto o estado marital mostrou-se determinante importante do aborto induzido, entre as mulheres unidas, uma maior duração da relação não representa menor risco de ocorrência de abortos induzidos.

As características reprodutivas dos dois grupos estudados revelam dificuldades enfrentadas pelas mulheres em vivenciar sexualidade e contracepção em um cotidiano marcado pela limitação de acesso a informações e métodos contraceptivos.

As mulheres com aborto induzido apresentaram maior proporção de abortos anteriores, inclusive com maior tendência à repetição: 16,6% das mulheres com aborto induzido e história de aborto anterior tiveram 3 ou mais abortos anteriores, enquanto 9,7% das mulheres do grupo espontâneo o tiveram, o que sugere a utilização do aborto induzido enquanto método contraceptivo em potencial.

As mulheres com aborto induzido apresentaram menores percentuais de conhecimento de praticamente todos os métodos, sugerindo deficiências neste sentido, que talvez sejam importantes determinantes para a utilização ineficaz de métodos. Moraes Filho (1996) estudando conhecimento de métodos na mesma maternidade, também encontrou menor conhecimento de vários métodos, seus riscos e benefícios, entre as mulheres com aborto provocado, o que explicaria a falha de certos métodos neste grupo.

O uso irregular de contraceptivos é uma característica marcante nos dois grupos. Cerca de 54,7% das mulheres afirmaram usar algum método contraceptivo regularmente no semestre anterior. Entretanto, entre este período e o momento em que engravidaram, cerca de metade (46,8%) havia deixado de usar qualquer método contraceptivo.

O grupo de abortos induzidos mostrou maior frequência de utilização ao referir uso de contraceptivos. Pílula, camisinha, coito interrompido e injetáveis foram, nessa ordem, os métodos mais referidos como usados regularmente por este grupo. Considerando o período em que engravidaram, entretanto, o coito interrompido foi o mais citado (50% das mulheres deste grupo), parecendo despontar como uma alternativa importante quando da insatisfação ou indisponibilidade por outros métodos.

Apesar de haver um “discurso científico” contrário à utilização deste método, tido como ineficaz e que poderia, a longo prazo, trazer prejuízos ao ritmo da relação, provocando tensão e ansiedade nos parceiros, a sua utilização importante entre as mulheres neste estudo revela que outras características do método podem ser aproveitadas pelas usuárias. Talvez o fato de não trazer prejuízos à saúde, ao contrário dos métodos modernos, seja o fator mais importante na escolha por este método. Apesar de ser uma prática contraceptiva que depende muito do homem, o coito interrompido talvez possa facilitar a comunicação entre os parceiros e a obtenção de uma melhor qualidade na relação afetiva e sexual (SOS-Corpo, 1991).

As queixas sobre os efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais, especialmente quando utilizados sem a orientação clínica necessária, como no caso do Brasil, aparece sempre como causa importante de abandono deste tipo de método (Barroso, 1987; Costa et al., 1989; Costa, 1990; Kost, 1993; Moreno e Goldman, 1991). A sua conhecida eficácia parece não compensar os danos à saúde sofridos pelas mulheres quando de sua utilização indiscriminada. Daí que, a partir da

experiência negativa, as mulheres ficam decepcionadas quanto aos métodos contraceptivos, passando a utilizá-los de maneira irregular ou mesmo buscando outros recursos, como o aborto induzido.

Exemplo disso é que, enquanto que nos países desenvolvidos, é o DIU que experimenta maior falha, onde a pílula aparece como método menos propenso a falhas, na maioria dos países em desenvolvimento, as taxas de falha contraceptiva da pílula excede as do DIU. Isto aponta para falhas das usuárias da pílula nestes países, dados o despreparo e escassa informação quanto à sua utilização correta (Moreno e Goldman, 1991).

O limitado conhecimento sobre contracepção fica evidente nas poucas possibilidades contraceptivas reconhecidas pelas mulheres: enquanto os hormonais, camisinha masculina e esterilização são conhecidos pela maioria esmagadora das mulheres, métodos como diafragma, espermicida, camisinha feminina e tabela são pouco conhecidos, especialmente no grupo de abortos induzidos.

Em estudo sobre a dinâmica contraceptiva no Peru, Kost (1993) observa que cerca de metade das mulheres que começam a usar algum método, deixam de usá-lo nos primeiros doze meses de uso, na maior parte das vezes por razões que não correspondem ao desejo de engravidar, mas por algum tipo de insatisfação ou por falha do método adotado. Após a descontinuidade, a maioria das mulheres acaba retornando ao mesmo método utilizado anteriormente, o que revela a inconsistente disponibilidade de métodos.

Também evidenciamos esta mesma falta de opções motiva as mulheres, principalmente do grupo com aborto induzido, em optar por métodos de longa duração e mesmo irreversíveis, após a experiência do aborto.

O risco de complicações do aborto realizado em condições inadequadas, com prejuízos à saúde da mulher, fica evidente no grupo de aborto induzido: 28,6% tiveram infecção como complicação pós-aborto, enquanto 7,8% do grupo espontâneo tiveram este tipo de sequela.

## **5.2 - Gestações Planejadas x Não Planejadas**

Morris (1985) define como mulheres com necessidade não satisfeita de planejamento familiar aquelas que não estão grávidas ou declaram que não querem engravidar naquele momento; estão utilizando métodos contraceptivos ineficazes, ou simplesmente não estão utilizando nenhum método; são férteis e sexualmente ativas. Estas mulheres estariam de fato expostas ao risco de gravidez não planejada. Entretanto, o AGI (1994) define outros grupos principais para a definição de necessidade não satisfeita: as que não querem mais ter filhos ou pelo menos não nos próximos dois anos, mas não estão usando qualquer método contraceptivo, ou estão usando métodos tradicionais; e mulheres que estão grávidas em consequência de falha no uso de contraceptivos, ou estão grávidas sem que tenham planejado a gestação.

Pensar sobre que entraves dificultariam a utilização correta e permanente de métodos contraceptivos é pensar sobre a própria história das mulheres, em um contexto político que determina os serviços e produtos de planejamento familiar dos quais se dispõe. Em primeira instância, esse parece ser o caminho mais imediato e direto a ser seguido quando se pensa em gestação não planejada.

Pinotti e Faúndes (1989: 97) afirmam que “toda gravidez não planejada representa uma falha da sociedade em providenciar às mulheres meios para evitar a gravidez”. De fato, a limitação de políticas públicas referentes à saúde reprodutiva; o déficit de serviços de planejamento familiar e a baixa acessibilidade dos serviços existentes; a carência de informações sobre sexualidade, reprodução, contracepção; o balanço negativo na relação custo-benefício das opções contraceptivas atualmente disponíveis; enfim, as dificuldades encaradas pelas mulheres na obtenção de meios para uma regulação segura de sua fertilidade parecem apontar para desafios que transcendem sua motivação e possibilidades reais.

Em nosso estudo, visualizamos um paradoxo neste sentido: as mulheres com gravidez indesejada (41% do total), que não planejaram nem desejavam a gestação que resultou em aborto, são exatamente as que conhecem em maior proporção os métodos contraceptivos relacionados, são as que apresentam maior nível de utilização de métodos contraceptivos e também as mais motivadas a adotar algum método após o aborto. A ocorrência da gravidez indesejada neste grupo representa o fracasso das estratégias utilizadas para a regulação de fecundidade e aponta para necessidades prementes neste sentido.

Em termos absolutos, cerca de 8 milhões de mulheres em idade fértil no Brasil, no ano de 1994, estariam enquadradas na definição de necessidade não satisfeita de planejamento familiar, de acordo com o AGI.

Morris (1985) observa, segundo pesquisas de fecundidade na América Latina, que, nestes países, o risco de gestação não planejada tende a aumentar com a paridade da mulher, entretanto mostra relação inversa com o grau de instrução e nível de renda.

Além do nível sócio-econômico, idade e estado marital estariam relacionados com o risco de gravidez não planejada (Forrest, 1994). O estado marital seria, inclusive, o fator mais importante em determinar se a gestação indesejada irá resultar em aborto.

Em nosso estudo, cerca de 73% das mulheres declararam que a gestação que resultou em aborto havia sido uma gestação não planejada. Duas variáveis se mostraram importantes: estado marital e escolaridade. Assim, mulheres solteiras, com idade entre 15 a 24 anos e escolaridade até 1º grau menor mostraram-se mais vulneráveis ao risco de gravidez não planejada.

Os padrões reprodutivos indicar outras situações, não detectadas em relação às categorias de aborto induzido/ espontâneo.

A proporção de mulher que já tinham filhos mostrou-se marcadamente maior nos grupos 2 e 3, de gestações não planejadas, embora estes grupos tivessem um maior intervalo da gestação anterior, mostrando, portanto, perfis diferentes de paridade. O número de abortos anteriores foi maior no grupo 1, o de gestações planejadas, possivelmente devido a tentativas repetidas e frustradas de levar uma gravidez adiante diante de problemas biológicos que impedem a evolução da gestação, o que aponta para deficiências na assistência à saúde também neste grupo. Entretanto, no grupo 3, o número de abortos anteriores é bem maior nas mulheres com aborto induzido (36,7%) que no grupo de abortos espontâneos (17,6%), mostrando que, mesmo neste grupo, de gestações indesejadas, há diferenças em relação à recorrência do aborto enquanto prática contraceptiva. Ao que parece, parte das mulheres do grupo de aborto induzido se utiliza deste recurso por várias vezes ao longo de sua vida reprodutiva, passando a figurar entre suas possibilidades de prática contraceptiva.

O uso de contracepção foi crescentemente maior nos três grupos, sendo que o grupo 3 teve a maior frequência de utilização (71,08%) em comparação com os

grupos 1 e 2 (32,73% e 52,31%). O uso de contracepção é menor no período em que as mulheres engravidaram, especialmente entre aquelas que planejavam a gravidez, onde a quase totalidade das mulheres não utilizava método. Entre as mulheres com gestação não planejada, os grupos 2 e 3, o perfil dos métodos utilizados sofre modificação, com maior utilização do coito interrompido. A gestação não planejada vem resultando da dificuldade em estabelecer uma prática contraceptiva contínua, e o insuficiente conhecimento sobre as diversas opções contraceptivas só vem a corroborar com estas dificuldades.

Costa (1990) observa que o planejamento familiar no Brasil é baseado quase que exclusivamente na pílula e esterilização feminina, não oferecendo possibilidade real de escolha contraceptiva.

Isto se reflete, em nosso estudo, na intenção futura por métodos contraceptivos, embora bastante acentuada nos grupos 2 e 3, mostra-se limitada a uns poucos métodos: a pílula, o DIU e os injetáveis apareceram como fortes possibilidades para os três grupos. A forte preferência pelo DIU entre as mulheres estudadas deve-se, provavelmente, ao fato de sua inserção ser oferecida pelo serviço após o tratamento do aborto. Alguns métodos, particularmente métodos de barreira controlados pelas mulheres, como diafragma e camisinha feminina, nem mesmo chegaram a ser mencionadas pelas mulheres.

Kalckmann (1999) discute sobre como o uso deste tipo de método vem recebendo pouco estímulo nos países de Terceiro Mundo, reflexo de políticas internacionais que priorizam métodos de longa duração, cujo controle “independe” da usuária. Os métodos de barreira controlados pela mulher, ao contrário, necessitam de sua interação, favorecem o conhecimento do próprio corpo e mudanças no comportamento sexual, facilitando a comunicação com o parceiro sobre prevenção de gravidez e DST.

Experiências positivas no sentido de aceitação e adaptação destes métodos vêm negar a justificativa dos promotores de novas tecnologias, endossadas por setores de meio científico, de que as mulheres não saberiam usá-los, pela baixa capacidade intelectual da maior parte da população, o que diminuiria sua eficácia. A divulgação e comercialização deles constituem-se, hoje, um desafio a ser enfrentado na realidade atual dos serviços de saúde (Kalckmann, 1999; SOS-Corpo, 1991).

Nos grupos 2 e 3, um maior percentual de demanda por esterilização e de mulheres indecisas quanto ao método a ser adotado revela a insatisfação com os

métodos disponíveis para estas mulheres, o que provavelmente irá repercutir em uma prática futura novamente descontínua e irregular, a despeito da forte motivação por utilização de métodos entre elas.

O dilema fica colocado entre submeter-se ao uso ininterrupto de contraceptivos hormonais, com todos os seus efeitos colaterais e seu custo, nem sempre acessível; ou a colocação de um dispositivo dentro do organismo, e todas as modificações desagradáveis em seu corpo, além da dificuldade em compreender o mecanismo de ação de tal método, visto que pouco conhecem seu próprio aparelho sexual. Após a experiência de viver uma gestação não planejada, ou mesmo um aborto induzido, resta às mulheres possibilidades contraceptivas que vão de encontro às suas necessidades de saúde, daí imaginar a alternativa da esterilização, ou, quando isto não é possível, a possibilidade de uma nova gestação não planejada, ou mesmo indesejada, pode ser solucionada através do recurso ao aborto induzido.

A alta proporção de abortos infectados no grupo 3 (21,69%) em relação aos grupos 1 e 2 (4,62 e 7,27%) sugere uma maior ocorrência de abortos induzidos neste grupo, e talvez para este o aborto induzido tenha sido mais frequentemente utilizado enquanto possibilidade contraceptiva, diante da limitação das outras opções.

### **5.3 - O Grupo de Abortos Induzidos**

Algumas características do grupo de abortos induzidos mostram aspectos preocupantes do problema, não só a respeito do perfil sócio-econômico e reprodutivo, mas também sobre a prática e tomada de decisão das mulheres que recorrem “voluntariamente” à interrupção da gravidez.

A questão de mulheres adolescentes recorrendo ao aborto induzido de maneira importante tem sido apontada por vários autores (Jimena et al., 1991; Silva e Nogueira, 1986; Pinto Neto et al., 1991; Vittielo, 1997). O fato da adolescência corresponder a um período crucial de desenvolvimento biológico e social faz com que gestações e abortos tornem-se um risco especial nesta fase. O comprometimento da saúde e capacidade reprodutiva devido a complicações advindas da falta de um acompanhamento e assistência adequados à esta fase são apenas parte do complexo problema que tornou-se a gravidez na adolescência.

O crescimento da fecundidade entre adolescentes nas últimas décadas, em oposição ao declínio de fecundidade na população de mulheres em geral (Martine, 1996) evidencia contradições e lacunas resultantes da deficiente rede de serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva capazes de fornecer atendimento adequado às necessidades destas mulheres, já no início de sua vida sexual.

Muitas destas adolescentes, mais de 56%, estavam vivenciando sua primeira gestação, que teve como desfecho o aborto. Entre as mulheres com aborto induzido, cerca de 22% ainda não havia tido nenhuma gestação anterior e cerca de 33% não têm filhos, indicando uma experiência bastante precoce de aborto.

A grande utilização do misoprostol entre as mulheres que declararam ter induzido o aborto (67,35%) concorda com os achados de outros autores. Coelho et al. (1993), em estudo das admissões hospitalares por aborto induzido em Fortaleza, Ceará, no período de janeiro de 1990 a junho de 1992, encontrou que, entre as mulheres com aborto induzido, 75% havia utilizado o misoprostol. Costa e Vessey, em sete hospitais públicos do Rio de Janeiro entre abril e dezembro de 1991, encontrou 57% de utilização da droga entre abortos induzidos.

É sabido que o misoprostol se afirmou no Brasil como primeira solução para um aborto induzido. Várias razões contribuíram: a utilização do medicamento torna a decisão de abortar mais fácil e, por ser um método não invasivo, torna o processo de aborto mais simples e seguro, o que resultou na diminuição de complicações graves (Barbosa e Arilha, 1993).

Nem mesmo a restrição à sua comercialização pelo MS em 1991 conseguiu diminuir sua popularidade ou reprimir sua utilização. A possibilidade de escolher por uma solução mais imediata de uma gravidez indesejada é uma forte motivação para as mulheres, que continuaram a encontrar estratégias possíveis, ainda que longe de ideais, para o problema.

A preocupante proporção (16,33%) de abortos realizados por métodos invasivos - sonda ou curetagem por pessoas inabilitadas - mostra que uma grande parcela de mulheres corre o risco de sofrerem complicações graves submetendo-se a abortos inseguros.

Quanto ao processo de tomada de decisão do aborto, as mulheres referiram uma grande ausência de participação do companheiro: em cerca de 41% dos casos, ele nem mesmo chegou a tomar conhecimento da decisão, enquanto que em 14%

dos casos a postura do companheiro foi de indiferença, totalizando 55% de mulheres que tomaram a decisão sem a participação do companheiro.

A decisão do aborto enquanto responsabilidade que cabe mais às mulheres concorda com os achados de Bursztyn (1998), em estudo com mulheres da comunidade da Rocinha/ Rio de Janeiro: 76% das mulheres que tiveram aborto induzido decidiram sozinhas e apenas 12% tomaram a decisão junto com o companheiro.

Em nosso estudo, não só a decisão sobre o aborto, mas também a eleição do método contraceptivo neste grupo foi responsabilidade, na maioria das vezes, da mulher.

A insuficiente participação do companheiro nas decisões sobre contracepção e aborto parece relacionar-se com a razão mais referida pelas mulheres para a decisão de abortar: 26% delas alegaram problemas no relacionamento como o motivo mais importante. A limitação da prole foi a segunda razão mais citada, por 20% das mulheres. E, apesar de o grupo caracterizar-se por uma baixa renda familiar (cerca de 80% recebem até 5 salários mínimos), é importante referir que as condições financeiras só aparecem como terceira razão, referida por 16% das mulheres.

É fundamental considerar que estas razões certamente estão fortemente interrelacionadas, sendo difícil distingui-las com precisão. Além disso, quase sempre há mais de um fator envolvido no processo, de forma que um determina outro em um dado momento, dentro de uma realidade bastante dinâmica e complexa. Mesmo assim, é interessante perceber que uma razão subjetiva seja considerada mais importante pelas mulheres.

Razões relacionadas à colocação/ permanência no mercado de trabalho também aparecem de forma importante, referidas por 10% das mulheres. A maior proporção de mulheres que trabalham no grupo de abortos induzidos pode justificar esta preocupação.

Portanto, a decisão por um aborto parece envolver mais questões de ordem emocional, porém elaboradas de forma mais racional do que se supõe. Perceber que as mulheres têm, para além de condições econômicas menos ou mais favoráveis, perspectivas e um projeto de vida incompatíveis com a chegada de um filho naquele momento parece ser uma chave importante na compreensão do processo de aborto.

Costa et al. (1995), em seu estudo com funcionárias e estudantes de uma universidade em São Paulo, encontrou respostas de ordem subjetiva como as mais associadas à realização do aborto, embora o grupo tivesse características sócio-econômicas distintas, com renda e nível de escolaridade aparentemente maior que a média.

Entretanto, mesmo em estudos em que as razões sócio-econômicas predominam (Boehs et al., 1993; Bankole et al., 1998), as razões de relacionamento e outras de ordem pessoal aparecem de maneira importante e não podem ser desconsideradas.

#### ***5.4 - Sobre Gênero e Epidemiologia: possibilidades de análise***

Os resultados encontrados remetem, insistentemente, à necessidade de incluir e operacionalizar a categoria gênero em estudos epidemiológicos, de forma a contemplar questões que podem ficar ocultas quando a determinação social é levada em conta. A leitura epidemiológica moderna confere possibilidades de análise desta categoria, em relação dinâmica com outras também fundamentais, como a de classe social, por exemplo.

Breilh (1996) analisa a construção da qualidade de vida e de saúde através do sistema de contradições da vida social, modelo que representa a luta permanente e dinâmica entre os processos destrutivos e protetores de diversas ordens, sendo que ambos se formam nas dimensões geral, particular e individual e em diferentes espaços da reprodução social, etnias, gênero e classes sociais. Assim, a situação epidemiológica dos grupos humanos é interdependente de classe social-gênero-etnia, colocados em um mesmo nível de análise.

A coexistência de aspectos protetores e destrutivos de reprodução social se dá como um processo não estático, onde ambos atuam de modo distinto, sobressaindo-se de acordo com o momento histórico e a confluência de condições de trabalho, políticas e culturais.

Sobre a condição feminina, o autor considera que as contradições entre processos protetores e destrutivos ocorrem em quatro grandes espaços de prática das mulheres: prática reprodutiva da espécie, prática social doméstica, produção econômica e prática de gestão para a coletividade.

As condições de saúde do gênero estão, portanto, enfocadas não só a partir dos dados de morbidade e mortalidade, mas também levando em conta caracterizações de ordem biológica, psíquica e padrões culturais e de relações sociais. Nesse sentido, a abordagem da saúde da mulher caminha no sentido dos problemas de saúde reprodutiva e também da chamada saúde integral da mulher, como um dos núcleos da Saúde Coletiva

Em relação à saúde reprodutiva, ainda o mesmo autor assinala que “aspectos como fecundidade, aborto, padrões de contracepção com responsabilidades distintas entre gêneros, se vinculam a condições sociais e culturais, e devem ser levadas em conta para alcançar uma responsabilidade equitativa e uma sexualidade saudável” (Breilh, 1996:131).

Segundo Muraro (1996: 21), as questões sobre sexualidade merecem sempre análise cuidadosa, por caminharem na articulação dos dois eixos da vida humana: o individual e o coletivo, com diferentes elementos e necessidades em cada uma dessas dimensões, porém não de maneira apartada: “(...) o individual, sujeito a decisões microinfinitesimais e contínuas da vida cotidiana, e o coletivo, pano de fundo oculto, mascarado, elemento não dito nas teorias econômicas e que, em ultimíssima instância, regula e determina as decisões econômicas em todos os níveis”.

Por isso, não se pode destacar a categoria gênero da realidade social mais ampla, e outras determinações devem sempre estar implicadas, ainda que a questão da condição feminina seja o foco central, a partir do qual se fará outras considerações.

Em todos os momentos de nosso estudo, ficaram evidentes elementos próprios da categoria gênero, ora revelados pelos aportes teóricos buscados, ora presentes nos resultados encontrados e suas nuances. Operacionalizar esta categoria, visualizando espaços e condições de saúde por ela determinados, é um desafio no campo da Saúde Coletiva, necessidade premente diante dos diversos e graves problemas relativos à saúde da mulher, com todas as suas peculiaridades e considerando sua inserção social, historicamente determinada.

Enfim, de acordo com a contribuição de Breilh (1996), a abordagem da categoria gênero requer a assunção de um marco interpretativo integral, que vislumbre as desigualdades de classe inscritas em relações étnicas e de gênero, que tornam impossível sua separação quando se propõe refletir ou intervir de forma

crítica sobre uma destas categorias. Entendendo que o enfoque tradicionalmente oferecido pela Epidemiologia reduz a categoria gênero a uma variável analisada através de indicadores de morbidade e mortalidade que afetam a mulher, Breilh (1996: 111) observa que esta categoria é mais que isto, “é fundamentalmente uma perspectiva humana e política para enfocar a luta pela saúde e defesa da vida”.

# CONCLUSÕES

*O que muda na mudança,  
se tudo em volta é uma dança  
no trajeto da esperança,  
junto ao que nunca se alcança?*

Carlos Drummond de Andrade,  
Mudança

## 6. CONCLUSÕES

Entre o total de 203 mulheres estudadas, internadas por complicações de aborto na maternidade do Cisam no período de julho de 1999 a janeiro de 2000, cerca de 24%, n=49, admitiram ter provocado o aborto.

O estado marital solteira (RR=2,24) e intervalo da gestação anterior entre 1 a 5 anos (RR=2,69) mostraram relação estatística significativa em relação à ocorrência de abortos induzidos.

As mulheres com aborto induzido apresentaram maior prevalência de uso de contraceptivos, porém com menores percentuais de conhecimento de praticamente todos os métodos citados: camisinha masculina, pílula, injetáveis, DIU, esterilização, coito interrompido, tabela, camisinha feminina, diafragma e espermicidas.

A maioria das mulheres com aborto provocado utilizou misoprostol na indução do aborto, e o motivo mais referido para a tomada de decisão está ligado a problemas no relacionamento, seja por relações conturbadas, ou por relações passageiras.

Em cerca de 55% dos casos, a tomada de decisão do aborto aconteceu sem a participação do companheiro.

O grupo de mulheres com aborto induzido apresentou maior proporção de abortos anteriores em relação ao grupo de abortos espontâneos, inclusive com maior tendência à repetição, o que sugere a utilização do aborto induzido enquanto método contraceptivo para este grupo.

Cerca de 73%, n=148, das mulheres declararam que a gestação que resultou em aborto correspondia a gestação não planejada.

Estado marital solteira e escolaridade até 1º grau menor mostraram-se fatores importantes (RR=1,43 e RR=1,27, respectivamente) para a ocorrência de gestações não planejadas.

Nossos resultados sugerem que não apenas o insuficiente conhecimento, ou utilização inadequada de métodos contraceptivos favorecem a ocorrência de gestações não planejadas e abortos induzidos. A limitação das possibilidades contraceptivas disponíveis e uma série de fatores que conformam o contexto social no qual as mulheres estão inseridas, dificultam a utilização consciente e regular de métodos contraceptivos.

Questões relativas ao papel social desempenhado por homens e mulheres dentro de uma determinada realidade histórica exercem influência direta sobre a vivência de sexualidade e todas as consequências sobre a saúde das mulheres. Daí a necessidade de incluir e encontrar formas de operacionalizar o conceito de gênero em estudos epidemiológicos, contribuindo assim para uma análise mais integral da saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Militão. *Instrumento de coleta de dados na metodologia quantitativa: diretrizes para a elaboração do questionário e a realização da entrevista*. 13 p. 1999. Mimeo.
- ALMEIDA, Márcio José de. Planejamento familiar: seis razões para ser contra. *Saúde em Debate*, v. 15/16, p. 38-39, fev. 1984.
- ÁVILA, Maria Betânia. *PAISM: um programa de saúde para o bem estar de gênero*. Recife: SOS-Corpo, 1995. 31 p.
- BAILEY, Patricia; SAAVEDRA, Luis Llano; KUSHNER, Luis et al. Estudio hospitalario del aborto ilegal en Bolivia. *Bol. of Sanit. Panam.*, v. 104, n. 2, p. 144-159. 1998.
- BANKOLE, Akinrinola; SINGH, Susheela; HAAS, Taylor. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, v. 24, n. 3, p. 117-127. 1998.
- BARBOSA, Regina; ARILHA, Margareth. The brazilian experience with cytotec. *Studies in Family Planning*, v. 24, n. 4, p. 236-240, jul/ago. 1993.
- BARROS, José Augusto C. de. A medicalização da mulher no Brasil. In: WOLFFERS, Ivan; HARDON, Anita; JANSSEN, Janita. *O marketing da fertilidade*. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 81 - 112.
- BARROSO, Carmen. As pesquisas sobre o aborto na América Latina e os estudos da mulher. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 6, n. 1, p. 35-60, jan/jun. 1989.
- BARROSO, Carmen. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n. 2, p. 170-180. 1984.
- BEMFAM; MACRO INTERNATIONAL. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.
- BOEHS, Astrid; SANTOS, Evangelia; HASSE, Margaret et al. Aborto provocado - estudo epidemiológico descritivo em Santa Catarina. *Ciência e Cultura*, v. 35, n. 4, p. 501-506, abr. 1983.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/assist.htm>. 24/11/1999.
- BREILH, Jaime. *El genero entrefuegos: inequidad e esperanza*. Quito: CEAS, 1996.
- BURSZTYN, I. (1998). Aborto, uma decisão solitária. In: *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. São Paulo, 1998. Anais, p. 310 (resumo 787).
- CABEZAS-GARCÍA, Evelia; LANGER-GLASS, Ana; ALVAREZ-VÁZQUEZ, Luisa et al. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Publica de Mexico*, v. 40, n. 3, p. 265-271, maio/jun. 1998.
- CARDICH, Rosario; CARRASCO, Frescia. *Desde las Mujeres. Visiones del Aborto: nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto*. Lima: Mov. Manuela Ramos - The Population Council, 1993.
- CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR (ed.). *Aborto: conversando a gente se entende*. São Paulo, 1997.
- COELHO, Helena; TEIXEIRA, Ana; SANTOS, Ana et al.. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brasil. *Lancet*, v. 341, p. 1261-1263. 1993.
- CORRAL, Thaís. Controle de população: o fracasso de um “sucesso”. In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Unesp, 1996. p. 99-111.
- CORRÊA, Sonia. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 39-49.
- COSTA, Aurélio Molina. *Family planning in Brazil. An instrument of health or illness?* Inglaterra, 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Department of Community Medicine, University of Leeds.
- COSTA, Aurélio Molina. *The determinants of tubal ligation in Recife, Northeast of Brazil*. Inglaterra, 1995. 373 p. Tese (Doutorado em Filosofia), Scholl of Medicine, University of Leeds.

- COSTA, Rosely ; HARDY, Ellen; OSIS, Maria José et al. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n.1, p. 97-105, jan/mar. 1995.
- COSTA, Sarah Hawker; MARTINS, Ignez; PINTO, Cristiane et al. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 5, n. 2, p. 169-186, abr/jun. 1989.
- COSTA, Sarah Hawker; VESSEY, Martin. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet*, v. 341, p. 1258-61, mai. 1993.
- D'AVANZO, Barbara; LUCHINI, Lauro; PARAZZINI, Fabio et al. Descriptive epidemiology of induced abortion in Italy, 1979-1990. *Contraception*, v. 40, p. 549-559. 1992.
- DACACH, Solange; ISRAEL, Giselle. Norplant - ciência ou incons(ciência). In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Unesp, 1996. pp. 87-97.
- DUARTE, Graciana. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, p. 125-130. 1998.
- ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. 215 p.
- FIGO MODIFICATIONS OF WHO PERINATAL DEFINITIONS. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 57, n. 3, 247-253. 1977.
- FONSECA, Walter; ALENCAR, Ana; MOTA, Francisco et al. Misoprostol and congenital malformations. *The Lancet*, v. 338, p. 6, jul. 1991.
- FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; CORREIA, Luciano et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 13-8. 1996.

- FORREST, Jacqueline. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 170, n. 5, p. 1485-1489, mai. 1994.
- FRENTE DE MULHERES FEMINISTAS. *O que é aborto*. São Paulo: Cortez, 1980. 72 p.
- GISSLER, Mika; ULANDER, Veli-Matti; RASIMUS, Anja. Declining abortion rate in Finland: data quality of the finish abortion register. *International Journal of Epidemiology*, v. 25, n. 2, p. 376-380. 1996.
- GOLDANI, Ana Maria. Família, gênero e fecundidade no Nordeste do Brasil. In: BEMFAM. *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1994. p. 57-71.
- GRUPO CURUMIM (ed.). *Aborto: você já conversou sobre isso?* 1ª ed. Recife, 1995. 45 p.
- HARDY, Ellen; ALVES, Graciana. Complicações pós-aborto: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 454-458, out/dez. 1992.
- HARTMANN, Betsy. *Reproductive rights and wrongs. The global politics of population control and contraceptive choice*. Nova Iorque: Harper & Row, 1987.
- HELMAN, Cecil G. Gênero e Reprodução. In: Helman, Cecil G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996. p. 137-164.
- HENSHAW, Stanley. Aborto inducido: una perspectiva mundial. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, n. esp.: 12-16. 1987.
- HENSHAW, Stanley. Informe mundial sobre aborto, 1990. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, n. esp.: 16-23. 1990.
- HURST, Jane. *La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica: lo que no fue contado*. Montevideo: Católicas por el Derecho a Decidir, 1992. 36 p.
- JIMENA, Claros; CARMEN, Rojas; GARY, Antenaza et al. Aborto provocado en estudiantes del ciclo medio. *Gac. Med. Boliv.*, v. 14, n. 2, p. 43-51. 1991.

- KALCKMANN, Suzana. Métodos de barreira controlados pela mulher. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 127-145.
- KISSLING, Frances. Perspectivas Católicas progressistas e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 135-137. 1998.
- KOONIN, Lisa; ATRASH, Hani; SMITH, Jack et al. Abortion surveillance, 1986-1987. *Morbidity and Mortality Weekly Report- CDC Surveillance Summaries*, v. 39, n. 2, p. 23-27, jun. 1990.
- KOST, Kathryn. The dynamics of contraceptive use in Peru. *Studies on Family Planning*, v. 24, n. 2, p. 109-119, mar/abr. 1993.
- LAURENTI, Ruy. Perfil da mortalidade materna. In: MINAYO, Maria Cecília S. (org.). *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1995. p. 304-319.
- LEAL, Ondina Fachel; LEWGOY, Bernardo. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. In: *Revista de Filosofia e Política*, 1998. In print.
- LERER, Maria Luisa. *Sexualidade Feminina: mitos, realidade e o sentido de ser mulher*. 1989. 14 p. Mimeo.
- LI, Virginia; WONG, Glenn; QIU, Shu-Hua et al. Characteristics of women having abortion in China. *Social Science and Medicine*, v. 31, n. 4, p. 445-453. 1990.
- LUZ, Madel. *Identidade masculino-feminino na sociedade urbana brasileira atual: crise nas representações*. (s.d.). 14 p. Mimeo.
- MARTINE, George. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. *Population and Development Review*, v. 22, n. 1, p. 47-75, mar. 1996.
- MARTINS, Ignez; COSTA, Sarah; FREITAS, Silvia Regina et al. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2, p. 251-266, abr/jun. 1991.

- MÉDICI, André Cezar. Mulher brasileira: muito prazer. *Revista Brasileira de Estatística*, v. 48, n. 189/190, p. 71-97, jan/dez. 1987.
- MÉDICI, André Cezar; AGUIAR, Marco Antônio. Planejamento familiar x planejamento governamental. *Saúde em Debate*, v. 15/16, p. 25-28, fev. 1984.
- MISHELL JR., Daniel. Contraception. *The New England Journal of Medicine*, v. 320, n. 12, p. 777-787, mar. 1989.
- MOLINA, Aurélio. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker (Org.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 127-145.
- MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. *Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo*. Recife, 1996. 128 p. Dissertação (Mestrado em Medicina, Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, Universidade de Pernambuco.
- MOREIRA, Morvan de Mello. Relações de gênero e fecundidade: Nordeste 1991. In: BEMFAM. *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil - pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1994. p. 81-91.
- MORENO, Lorenzo; GOLDMAN, Noreen. Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, v. 19, n. 2, p. 54-60. 1993.
- MORI, Maurizio. *A moralidade do aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher*. Brasília : UnB, 1997. 102 p.
- MORRIS, Leo. La planificación familiar en América Latina: prevalencia, fuentes de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de servicios. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, núm.esp.: 1-6. 1985.
- MURARO, Rose Marie. *A mulher no terceiro milênio: uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro*. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1992. 205p.

- MURARO, Rose Marie; MOTTA, Manuel Barros de; ROWE, Ana et al. *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1996.
- NAÇÕES UNIDAS. *IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Beijing, China*. Série Conferências Mundiais das Nações Unidas. Rio de Janeiro/ Brasília: Ed. Fiocruz/ Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1995.
- OLIVEIRA, Fátima. *O direito ao aborto: uma exigência ética*. In: OLIVEIRA, Fátima. *Bioética: uma face da cidadania*. São Paulo: Moderna, 1997. p. 78-85.
- OLIVEIRA, Rosângela; CARNEIRO, Fernanda (orgs.). *Seminário de Teologia e Direitos Reprodutivos. Corpo: meu bem, meu mal*. Rio de Janeiro: ISER, 1995.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aborto espontâneo e provocado. Informe de un grupo científico de la OMS. *Série de Informes Técnicos*, 461, 1970. 55 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aborto Provocado. Informe de un grupo científico de la OMS. *Série de Informes Técnicos*, 623, 1978. 70 p.
- OSIS, Maria José. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, p. 25-32. 1998.
- PACHECO, Mário Victor de Assis. *Explosão demográfica e crescimento do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974. 292 p.
- PATARRA, Neide Lopes. Transição demográfica em marcha: novas questões demográficas. *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Unicamp - Campinas - SP, 1990.
- PINTO NETO, Aarão; GABIATTI, João Roberto; MOTTA, Magda et al. Algumas características do aborto na adolescência. *Reprodução*, v. 6, n. 4, p. 201-205. 1991.
- PORTELLA, Ana Paula. *Aborto: uma abordagem da conjuntura nacional e internacional*. Recife: SOS Corpo, 1995. 25 p.
- PRADO, Danda. *O que é aborto*. 4ª ed. São Paulo: Braziliense, 1995. 89 p.

PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH - PATH. Critérios da OMS para prescrição de anticoncepcionais: injetáveis combinados e esterilização. *OutLook*, v. 14, n. 1, p. 1-6, mai. 1996.

RED MUNDIAL DE MUJERES POR LOS DERECHOS REPRODUTIVOS. *Informe de la Campaña contra la Mortalidad e Morbilidad Materna*. Amsterdam: Drukkerij Quint, 1993.

REMMENNICK, Larissa. Epidemiology and determinants of induced abortions in the U.S.S.R. *Social Science and Medicine*, v. 33, n. 7, p. 841-848. 1991.

REVISTA VEJA. *A Geografia do Aborto*. 1998, ano 31, n. 27, p. 58-59.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. Política demográfica e parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade. *Textos NEPO (Núcleo de Estudos da População)*. Campinas: Unicamp, 1993. 141 p.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. Significados históricos e políticos da regulação da fecundidade. In: BATISTA, Carla; LARANGEIRA, Márcia (Org.). *Aborto: desafios da legalidade*. Recife: SOS Corpo, 1998. 124 p.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 527p.

SCOTT, Joan. *Gênero, uma categoria útil para análise histórica*. Recife: SOS Corpo, 1991.

SCHOR, Néia. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 144-51. 1990.

SERANI, Rene; MARTINEZ, Carlos; PUENTE, Raul et al. Epidemiologia del aborto hospitalizado en Valdivia. *Revista Médica del Chile*, v. 109, n. 11, p. 1099-1106, nov. 1981.

SILVA, João Luiz; NOGUEIRA, Clarissa. A multigravidez na adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 8, n. 6, p. 247-251, nov/dez. 1986.

- SILVA, Rebeca de Souza. Aborto na América Latina. In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Unesp, 1996. pp. 135-147.
- SILVA, Rebeca de Souza. Patterns of induced abortion in urban area of Southeastern region, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 1, p. 7-17. 1998.
- SINGH, Susheela; WULF, Deirdre. Estimated levels of induced abortion in six latin american countries. *International Family Planning Perspectives*, v. 20, n. 1, p. 4-13, mar. 1994.
- SINGH, Susheela; WULF, Deirdre. Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. *International Family Planning Perspectives*, v. 17, n. 1, p. 8-14, mar. 1991.
- SKJELDESTAD, Finn; BORGAN, Jens-Kristian; DALTVEIT, Anne et al. Induced abortion: effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavia*, v. 73, p. 255-260. 1994.
- SOS-CORPO. *Viagem ao mundo da contracepção: um guia sobre os métodos anticoncepcionais*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991. 223p.
- SOUZA, Adriane Impieri. *Fatores de risco para hospitalização por abortamento, CAM - IMIP*. Recife, 1995. 104p. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- STUDART, Heloneida. *Mulher: objeto de cama e mesa*. 21<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- SUPLICY, Marta. *Reflexões sobre o Cotidiano*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.
- TAVARES, Maria Solange Guarino. Tecnologias reprodutivas: implicações na saúde da mulher. In: SCAVONE, Lucila (Org.). *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Unesp, 1996. p. 217-220.
- TEMA. Epidemiologia da esperança: o estudo das doenças e o seu comportamento sobre a população. Rio de Janeiro: *Radis*, n. 18, outubro, 1998. Fascículo.

- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana*. Nova Iorque, 1994. 32 p.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. Nova Iorque, 1999. 56 p.
- TIETZE, Christopher. Ranking of contraceptive methods by levels of effectiveness. *Advances in Planned Parenthood*, v. 6, p. 117-126. 1971.
- TRUSSELL, James; KOST, Kathryn. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. *Studies in Family Planning*, v. 18, n. 3, p. 237-283, set/out. 1987.
- VERARDO, Maria Tereza. *Aborto: um direito ou um crime?* São Paulo: Moderna, 1995.
- VIANA, Luiz Carlos. Abortamento. In : Halbe, Hans Wolfgang. *Tratado de Ginecologia*. Volume 1. São Paulo: Roca, 1990. pp. 633 - 639.
- VITIELLO, Nelson. *Sexualidade: quem educa o educador*. São Paulo: Iglu, 1997.
- WESTOFF, Charles F. The decline of unplanned births in the United States. *Science*, v. 191, n. 38, p. 38 - 41. 1976.
- WOLFFERS, Ivan; HARDON, Anita; JANSSEN, Janita. *O marketing da fertilidade*. São Paulo: Hucitec, 1991. 141 p.
- WONG, Laura Rodrigues. A queda da fecundidade no Nordeste - uma aproximação aos determinantes. In: BEMFAM. *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1994. pp. 9-36.



# ANEXOS



## ANEXO II - Instrumento de coleta de dados

Data:    /    /

### Informações pessoais

---

1- Seu primeiro nome:.....

2- Qual é a data do seu nascimento:        /        /                      Idade: [        ]

3- Você mora em que cidade:.....bairro.....

(1) Recife      (2) RMR      (3) Interior      (4) Outros

3.a) Há quanto tempo (na cidade):

(1) Menos de um ano  
(2) De 1 a menos de 5 anos  
(3) De 5 a menos de 10 anos  
(4) 10 anos ou mais

3.b) Você nasceu em que cidade:.....

(1) Recife      (2) RMR      (3) Interior      (4) Outros

4- Atualmente você vive com um companheiro?

(1) sim          (2) não

...Se **sim**

4.a) Há quanto tempo:

(1) Menos de um ano  
(2) De 1 a menos de 5 anos  
(3) De 5 a menos de 10 anos  
(4) 10 anos ou mais

5- Você já foi à escola?

(1) sim                      (2) não

5.a) Até que série estudou:

- (0) analfabeta
- (1) alfabetizada
- (2) 1º grau menor incompleto
- (3) 1º grau menor completo
- (4) 1º grau maior incompleto
- (5) 1º grau maior completo
- (6) 2º grau incompleto
- (7) 2º grau completo
- (8) superior

6- Você trabalha?

- (1) sim
- (2) não

...Se **sim**

6.a) Qual é sua ocupação?.....

- (1) Não trabalha
- (2) Empregada doméstica
- (3) Empregada no setor formal
- (4) Empregada no setor informal

7- Quantas pessoas trabalham na sua casa?[                      ] (número de pessoas)

8- Juntando o salário que todos recebem em sua casa, quanto dá:

- (1) menos de um salário
- (2) um salário
- (3) mais de um a dois salários
- (4) dois a 5 salários
- (5) 5 a 10 salários
- (5) mais de 10 salários

9 - Você tem religião?

- (0) sem religião
- (1) católica
- (2) protestante
- (3) espírita
- (5)outra:

## Informações sobre gravidez

---

10 - Quantas vezes você ficou grávida antes dessa :.....

Filhos [ ] Idades:.....  
Nascidos mortos [ ]  
Abortos [ ]

11 - Quando foi sua última gravidez antes dessa:

- (1) menos de um ano
- (2) de 1 a menos de 5 anos
- (3) de 5 a menos de 10 anos
- (4) 10 anos ou mais

12 - Você conhece meios para evitar gravidez /evitar filho?

- (1) sim
- (2) não

12.a) Diga alguns que você conhece e sabe como usar:

- (1) pílula
- (2) DIU
- (3) injeção
- (4) diafragma
- (5) espermicida
- (6) camisinha
- (7) camisinha para mulher
- (8) tabela
- (9) ligação de trompas (ligadura, esterilização)
- (10) coito interrompido (gozar fora)

12.b) Agora eu vou dizer alguns, e você me diz se conhece ou não:

- (1) pílula
- (2) DIU
- (3) injeção
- (4) diafragma
- (5) espermicida
- (6) camisinha
- (7) camisinha para mulher

- (8) tabela
- (9) ligação de trompas (ligadura, esterilização)
- (10) coito interrompido (gozar fora)
- (11) conhece outros meios além dos que eu citei? Quais:

**13** - Você vinha usando algum desses métodos nos últimos seis meses?

- (1) sim
- (2) não

13.a) Se **sim**, qual?

- (1) pílula
- (2) DIU
- (3) injeção
- (4) diafragma
- (5) espermicida
- (6) camisinha
- (7) camisinha para mulher
- (8) tabela
- (9) ligação de trompas (ligadura, esterilização)
- (10) coito interrompido (gozar fora)
- (11) outros meios além dos que eu citei? Quais:

13.b) Seu companheiro/namorado escolheu este método junto com você ou foi uma escolha sua?

- (1) escolha conjunta
- (2) escolheu sozinha

**14** - Você estava usando este método quando engravidou?

- (1) sim
- (2) não, nenhum
- (3) não, outro

14.b) Se **outro**, qual?

- (1) pílula
- (2) DIU
- (3) injeção
- (4) diafragma
- (5) espermicida
- (6) camisinha
- (7) camisinha para mulher
- (8) tabela
- (9) ligação de trompas (ligadura, esterilização)
- (10) coito interrompido (gozar fora)

(11) outros meios além dos que eu citei? Quais:

**15** - Já teve algum aborto antes desse?

(1) sim            (2) não    .....Se **não**, ir para **questão 16**

.....Se **sim**:

15.a) - Quantos abortos: [     ]

15.b) - Quando foi o seu aborto anterior?

(1) menos de um ano

(2) de 1 a menos de 5 anos

(3) de 5 a menos de 10 anos

(4) 10 anos ou mais

**16** - Conte como aconteceu esse aborto atual:

.....Se **espontâneo**, 16.a) Você havia planejado ter filhos agora? (   ) gravidez planejada

16.b) Você queria ter filhos agora?            (   ) gravidez desejada

ir para **questão 18**

16.a) Se **induzido**, como:

(1) cytotec

(2) curetagem

(3) chás

(4) sonda

(5) introdução de substâncias na vagina

(6) injeções

(7) outros, quais:

16.b) Como você ficou sabendo deste método? LER AS RESPOSTAS

(1) colegas

(2) balconistas de farmácia

(3) familiares

(4) outros:

16.c) Seu companheiro/ namorado ficou sabendo da decisão?

(1) sim

(2) não

16.d) Seu companheiro/ namorado participou na decisão?

(1) apoiou      (2) não apoiou      (3) indiferente

17 - Qual o motivo que mais pesou para sua decisão de abortar: .....

- (1) Falta de condições financeiras
- (2) Não estar preparada para criar/educar uma criança
- (3) Namorado/companheiro não querer a gravidez
- (4) Pressão da família
- (5) Risco de perder emprego
- (6) Relação instável
- (7) Já considera o número de filhos atual suficiente
- (8) Outros, qual:

18 - Você/ companheiro pretendem adotar algum meio para evitar gravidez?

(1) sim      (2) não

18.a - Se **sim**, qual?

- (1) pílula
- (2) DIU
- (3) injeções
- (4) diafragma
- (5) espermicidas
- (6) camisinha masculina
- (7) camisinha feminina
- (8) tabela
- (9) ligação de trompas (ligadura, esterilização)
- (10) coito interrompido (gozar fora)
- (11) outros meios além dos que eu citei? Quais:

18.b) Por que?

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data:    /    /

Cor: (1) Branca      (2) Parda      (3) Negra      (4) Outras

Diagnóstico:                      (1) Abortamento incompleto  
  (2) Abortamento inevitável  
  (3) Abortamento infectado  
  (4) Abortamento retido  
  (5) Abortamento tardio

Número do prontuário: [                      ]