

# Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo \*

*Epidemiology of unsafe abortion in a poverty stricken environment – Favela Inajar de Souza, São Paulo, Brazil*

**Carmen L. B. Fusco**

**Solange Andreoni**

**Rebeca de Souza e Silva**

Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

---

Trabalho apresentado no II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado em Guadalajara, México, de 3 a 5 de setembro de 2006.

**Correspondência:** Carmen L.B. Fusco, Rua Ceará, 101, apto. 111 – São Paulo, SP. CEP 01243-010. E-mail: carmenlb@uoi.com.br

---

**Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, CEP 1300/06**

## **Resumo**

Procurou-se, neste trabalho, comparar os Resultados de Pesquisa recente, realizada em São Paulo, Brasil, país em que o aborto é ilegal em quase todas as circunstâncias, com dados referentes a Cuba, país onde o aborto é legal e seguro, dispondo de registros confiáveis. Essa pesquisa foi sediada em uma comunidade da Zona Norte da cidade de São Paulo, Favela Inajar de Souza: um estudo transversal que teve por objetivo estimar a frequência de Abortos Inseguros, bem como determinar as características sociodemográficas e a morbidade associadas a tal ocorrência, em uma população em situação de pobreza. Foram entrevistadas todas as mulheres entre 15 e 54 anos residentes na comunidade (Censo). Na análise dos dados foram empregados o teste exato de Fisher e o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas, e a análise de variância (ANOVA) para as variáveis numéricas. Em toda a análise adotou-se um nível de significância de 5%, com  $p < 0,05$ . Encontrou-se, na população estudada, Favela Inajar, um alto número de abortos inseguros e alta porcentagem de complicações pós-aborto. Em comum com Cuba, quanto ao Aborto Induzido foi observada semelhança de perfil somente em relação à Idade e ao Estado Civil. Nos Resultados foram constatadas também – contrariamente ao que ocorre em Cuba – associações estatisticamente significativas entre Aborto Inseguro e Renda/Escolaridade (baixas), Aborto Inseguro e Etnia/Cor, Aborto Inseguro e Não Apoio do Parceiro, e Aborto Inseguro e Migração Interna – o que torna essa população especialmente vulnerável ao aborto inseguro frente às violências estruturais, geradoras de iniquidade, vigentes no Brasil. O aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria essa realidade. A legalização do aborto beneficiaria, sobretudo, as mulheres pobres.

**Palavras-chave:** Aborto Inseguro. Epidemiologia. Pobreza. Mortalidade Materna. Vulnerabilidade. Iniquidade social.

## Abstract

This article compares the results of a survey carried out recently in a poverty stricken environment in São Paulo, Brazil – a country where abortion is illegal in most circumstances- to data from Cuba – where abortion is safe and legal, and data registries are reliable. A cross-sectional survey was conducted in a community in the north side of the city, called Favela Inajar de Souza, with the purpose of estimating the frequency of unsafe, clandestine abortions and identifying socio-demographic characteristics and morbidity related to abortion in a poor population. All women aged 15 to 54 years that lived in this community (Census) were interviewed for this survey. The Chi-Square Test and the Fisher exact test were used for categorical variables, and analysis of variance was used for numeric variables. Throughout the analysis, the statistical significance level of 5% ( $p < 0.05$ ) was adopted. A high number of unsafe abortions and a high rate of post-abortion complications were detected in the studied population – the community of Favela Inajar. With regard to induced abortions, the only common features between the two populations were age and civil status. As opposed to what happens in Cuba, the analysis of the data from Favela Inajar shows that there were statistically significant associations between unsafe abortion and: income, educational level, internal migration and ethnicity. These findings indicate that this population is particularly vulnerable to unsafe abortion in face of the several forms of structural violence present in Brazil, which produce social inequity. The performance of safe and legal abortion, as is the case in Cuba, would change this scenario. Legalization of abortion in Brazil would mostly benefit poor women.

**Keywords:** Unsafe Abortion. Epidemiology. Poverty. Maternal Mortality. Vulnerability. Social Inequity.

## Introdução

Em 1994, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em seu Programa de Ação, reconheceu, pela primeira vez em um documento intergovernamental, o aborto inseguro como grave problema de Saúde Pública (parágrafo 8.25)<sup>1</sup>. O documento assinado na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, 1995, reafirmou o conteúdo do parágrafo 8.25 do Cairo, acrescentando a recomendação de que os países considerem a revisão das leis que contêm medidas punitivas contra as mulheres que se submeterem a abortamentos ilegais (parágrafo 106k)<sup>1</sup>.

Em 2000, o documento final de Pequim + 5 incorpora na íntegra o texto do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim, mencionando a necessidade de revisão das leis que propõem a punição da prática do aborto ilegal<sup>2</sup>.

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

Em setembro de 2000, na Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), os líderes das grandes potências mundiais e os chefes de Estado de 189 países, entre eles o Brasil, discutiram a gravidade do estado social de muitos países do mundo e definiram 8 objetivos que apontam para ações em áreas prioritárias para a superação da pobreza. Tais objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, apresentam metas, detalhadas em indicadores, que devem ser alcançadas, em sua maioria, até 2015. O objetivo 5, melhorar a saúde materna, apresenta a meta 6: reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015, a taxa de mortalidade materna<sup>3</sup>.

Os EUA, porém, contrapuseram às decisões do Cairo as chamadas Metas do Mi-

lênio, divorciadas dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, o que provocou um verdadeiro retrocesso em relação ao aborto como questão de Saúde Pública, na medida em que passou a ser privilegiado apenas o momento da concepção produtiva (parto), em detrimento do enfoque dado à mortalidade materna como referente à morte de mulheres por complicações ligadas à gestação, parto e puerpério, vigente desde 1987 (Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, Nairobi, 1987)<sup>4</sup>, reenfatizado na CIPD, Cairo, 1994, e que incluía o aborto como uma das formas de resolução possível, mesmo quando não desejável, da gestação (ressalte-se o peso relativo do aborto dentro das taxas de mortalidade materna). Houve um retrocesso também ao se voltar ao discurso da saúde materno-infantil, desconsiderando-se o conceito atual de saúde integral da mulher.

É impossível atingir a redução da mortalidade materna, pretendida nas metas do milênio, sem intervir diretamente nos cuidados médicos destinados ao aborto clandestino, inseguro, em sua grande maioria provocado voluntariamente. No Brasil, não raras vezes, sobretudo entre as mulheres de baixo poder aquisitivo, os casos de aborto espontâneo também são tratados com negligência por conta de preconceito e discriminação (parte-se do princípio de que foram provocados). “Quando uma mulher chega a um hospital ou maternidade em processo de abortamento, ela é vista e tratada como potencialmente culpada de um crime”<sup>5</sup>.

É o aborto inseguro a principal causa de mortalidade materna na América Latina e Caribe, segundo a Organização Panamericana de Saúde, 2004<sup>6</sup>. De acordo com a OMS – Organização Mundial da Saúde – cerca de 21% das mortes maternas nessa região devem-se às complicações do aborto inseguro<sup>7</sup>. A quase totalidade desses óbitos poderia ser evitada não fosse a clandestinidade dos abortos e as condições inseguras em que são praticados<sup>5</sup>. É também nessa região que se registra o maior número de abortos clandestinos e

inseguros, produto de um elevado número de gestações não planejadas. O Instituto Alan Guttmacher chegou a um valor estimado de 4 milhões de abortos clandestinos ao ano para a América Latina e Caribe, sendo que o Brasil colaboraria com de 750 mil a 1,5 milhões desses<sup>8</sup>.

Estudos realizados por Silva, com técnica que permite estimar a proporção de mulheres que omitem a indução de um aborto, sugerem que essa última cifra seja mais realista<sup>9-10</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 99% das mortes maternas ocorrem nos países do Terceiro Mundo, onde o risco é de 100 a 200 vezes maior do que nos países ricos. Nada confortável é a 65ª posição que o Brasil ocupa no ranking mundial de mortalidade materna. Países muito mais pobres e com rendas per capita menores que o Brasil, como Uruguai, Chile e Cuba, têm coeficientes menores que 30/100.000 nv<sup>11</sup>.

Em Cuba, a partir da legalização permissiva do aborto, em 1965 (configurada no novo Código Penal de 1987), a mortalidade materna declinou de 120 por 100 mil nascidos vivos para 7 por 100 mil nascidos vivos<sup>12</sup>. Ou seja, legalizar o aborto, realizando-o em adequadas condições sanitárias e por profissional habilitado, possibilitou reduzir drasticamente a morte materna.

O Perfil Estatístico da Mulher Cubana, publicado em 2000 pela Oficina Nacional de Estatísticas (ONE), mostrou que, entre 1968 e 1996, foram registrados 5,6 milhões de nascidos vivos em Cuba, enquanto foram realizados cerca de 3,2 milhões de abortos<sup>12</sup>. Só no ano de 2002, foram interrompidas 21,5 gestações para cada mil mulheres, com idades entre 12 e 49 anos, e 49,8 para cada 100 partos, afora as regulações menstruais efetuadas através de aspiração endouterina<sup>13</sup>.

Diferentemente do que ocorre na maioria dos países da América Latina, a mulher cubana tem o direito de solicitar um aborto em instituições especializadas, gratuitamente, sem qualquer outro argumento além da sua decisão pessoal, até a 12ª semana de gestação<sup>13</sup>.

Apesar de o aborto poder ser utilizado erroneamente como prática contraceptiva por questões sociais inerentes ao sistema vigente, em Cuba sua prática segura mantém a Mortalidade Materna (MM) em níveis baixos quando comparados a outros países latino-americanos. No Brasil, a taxa de MM encontra-se estimada entre 91,02 e 182,04/100.000nv<sup>14</sup> (embora o valor oficial calculado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, SIM/MS, tenha sido de 76,09 para 2004). Por ser o aborto considerado crime pelo código penal deste país (com exceção apenas dos casos de estupro e de risco iminente de vida da mãe), e por outras deficiências do sistema de notificação das mortes maternas, há enorme sub-registro das mesmas.

Faltam no Brasil estudos epidemiológicos sobre abortamento inseguro, clandestino, principalmente em populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais há um peso maior do aborto nas taxas de morbimortalidade materna, e onde mais se faz clara a necessidade de trabalhar a questão do planejamento familiar preventivo – uma das principais questões estudadas pela Saúde Reprodutiva.

## Objetivos

As ponderações acima justificam este projeto: um estudo transversal que tem por *Objetivo* estimar a freqüência e o total de abortos inseguros, bem como identificar as características sociodemográficas a eles associadas, e sua morbidade, em uma população em situação de pobreza<sup>15</sup>.

Procura-se, secundariamente, neste artigo, comparar os resultados desta pesquisa realizada em São Paulo, Brasil, um país em que o aborto é ilegal em quase todas as circunstâncias, com dados referentes a Cuba, país onde o aborto é legal e seguro, dispondo de registros confiáveis.

## Características da População estudada

O perfil básico dessa população, com cerca de 2.000 habitantes, Favela Inajar, le-

vantado em projeto anterior, revela: baixo nível de escolaridade; baixa renda per capita e familiar; alto nível de desemprego; número considerável de residentes migrantes; idade precoce na primeira relação sexual; maioria das mulheres casadas, ou que “vivem junto”, seguindo regime marital convencional, com agregamento familiar tradicional; falta de planejamento familiar vigente e uso irregular de métodos contraceptivos.

## Material e Método

Esta pesquisa foi sediada em uma comunidade da Zona Norte da cidade de São Paulo, Favela Inajar de Souza. Foram entrevistadas todas as mulheres, 375 mulheres, excetuadas as 7 recusas, de 15 a 54 anos, nela residentes (Censo), no 2º semestre de 2005. A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevista estruturada, de forma direta, por entrevistadoras treinadas, no domicílio da entrevistada.

Constam do instrumento de coleta três elementos agrupados em um: Tabela de Composição Familiar; Questionário estruturado e pré-codificado; Tabela de História das Gestações.

As entrevistas foram realizadas por três monitoras da comunidade e três universitárias de Ciências Humanas que, após serem submetidas a treinamento em oficinas, efetuaram as entrevistas, por meio de visitas domiciliares às mulheres da população, em momento adequado à entrevista. As respostas foram preenchidas no momento da entrevista pelas entrevistadoras, que anotaram também suas próprias observações, quando necessário, em uma folha anexa. Esse procedimento foi testado anteriormente em um grupo-piloto e a supervisão mantida durante todo o processo de coleta dos dados.

As mulheres foram estimuladas a participar da pesquisa e foi-lhes garantido absoluto sigilo sobre as informações colhidas, inclusive não tendo sido necessária a identificação daquelas que responderam ao questionário.

A variável dependente Aborto foi divi-

dida em 3 categorias: NA (nenhum aborto), AE (aborto espontâneo) e AP (aborto provocado). Das variáveis independentes, as que dizem respeito a este artigo foram: idade, estado civil, cor/etnia, origem (ou naturalidade), renda per capita e familiar, escolaridade, idade da primeira relação sexual, uso de contraceptivos, “apoio do parceiro”.

A Análise dos Dados foi realizada para 2 grupos: um com o Total das Mulheres entrevistadas (TM) e o outro com o Total de Mulheres que referiram Gestaçãõ prévia, retiradas 97 mulheres que nunca engravidaram (TMG).

Procurou-se, inicialmente, caracterizar a ocorrência de aborto inseguro – provocado e espontâneo – entre as mulheres de 15 a 54 anos residentes na comunidade (a faixa etária foi estendida até 54 anos para se conseguir um número maior de mulheres participantes do estudo). Com a finalidade de se verificar a existência de associação entre ter-se ou não um Aborto Inseguro – mais precisamente, ao se comparar a proporção de abortos inseguros (provocados e espontâneos), tanto para o TM (375) como para o TMG (278) – e as diversas variáveis independentes ou explicativas, foram empregados o teste exato de Fisher, o teste qui-quadrado, para as variáveis categóricas, e a análise de variância (ANOVA) para as variáveis numéricas. Para se detectar, em tabelas de ordem superior a 2, quais das categorias das variáveis independentes diferiam ou não entre si, empregou-se a partição do qui-quadrado, e para as variáveis contínuas utilizou-se o método de comparações múltiplas de Tukey.

A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio do software SPSS 12.0 para Windows, utilizando-se dois Bancos de Dados gerados a partir de duas unidades estruturais: uma por Pessoa e outra por Gestaçãõ. Em toda a análise adotou-se um nível de significância de 5%, ou seja, foram considerados como significativos os resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados e Discussão

A análise dos resultados aponta um alto número de abortos inseguros. Os dados obtidos mostram 144 abortos em uma população de 375 mulheres, das quais 93 sofreram ou provocaram aborto (24,8%), com uma média de 1,55 abortos por mulher.

Foram declarados como Provocados 82 dos 144 abortos, referentes a 51 mulheres (13,6%). Esta freqüência é maior que a de outras pesquisas domiciliares realizadas na Cidade de São Paulo, que encontraram, para aborto provocado (AP), 8,3% em Vila Madalena, 1986, e 4,5% na cidade de São Paulo, 1993<sup>9-10</sup>. Em contrapartida, é menor que a observada em levantamento sigiloso, o que minimiza omissões, com questionário autopreenchido, realizado em Vila Madalena, 2000<sup>9-15</sup>. Isto é sugestivo de que os dados possam estar subestimados. É possível que um grande número de abortos provocados omitidos encontre-se entre os abortos declarados como espontâneos (viés de resposta).

Ambos – abortamento provocado (AP), 82 para 51 mulheres, e abortamento espontâneo (AE), 62 para 42 mulheres – mostraram-se inseguros, pois em mais de 93% dos casos dos dois tipos, os abortos foram sofridos ou provocados na própria casa da entrevistada, em locais sem condições de higiene, sem assepsia, sem acompanhamento de qualquer espécie e, quando provocados, o foram ou pelas próprias gestantes (a maioria) ou por pessoas sem a mínima capacitação profissional. Dos abortos provocados (AP), apenas 6 dos 82, referentes a 4 mulheres, foram efetuados em Clínicas, sendo estas clandestinas; o oposto do observado por Silva em seus levantamentos realizados na região de Vila Madalena – de alto poder aquisitivo<sup>15-9</sup>.

A média de Idade das mulheres em todos os abortos (AE e AP) foi de 23,1 anos. A média de idade das mulheres em seus primeiros AP foi ainda menor, de 21,6 anos, mulheres estas que tiveram como média de idade na primeira gestaçãõ 17,2 anos. Apenas 33,3% das mulheres tiveram seu

primeiro AP na Iª gestação; 66,6% o induziram em gestações posteriores, o que confirma a utilização do aborto para controle da fecundidade nesta população.

Em relação ao Estado Civil, quando dos primeiros abortos provocados, em 47,1% dos casos as mulheres eram solteiras, 31,4% unidas consensualmente e 17,6% casadas. Do total de mulheres com aborto provocado, 51% estavam sozinhas (solteiras ou separadas) e 86,4% referiram não contar com apoio do respectivo parceiro na resolução de suas gestações. (Tabela 1)

Quanto ao uso de Contraceptivos, as mulheres referiram o **não** uso em 70,7% dos casos à época das gestações terminadas em aborto. Encontrou-se, entre as mulheres com aborto, uma média de 4,15 gestações por mulher, redundando em apenas 2,5 nascidos vivos (NV). No grupo de mulheres sem aborto, a média foi de 2,38 gestações por mulher.

Comparando-se esses resultados com Dados de Cuba tem-se: a fecundidade em Cuba experimentou um grande declínio a partir dos anos setenta, até alcançar um nível baixo na atualidade. Segundo dados do Ministério de Saúde Pública, o número de filhos reduziu-se notavelmente de 4,7 por mulher em 1963 a 1,5 em 1992, chegando a uma das taxas de fecundidade

mais baixas da América Latina. A taxa de fecundidade oficial do ano 2000 foi de 1,55. O fator preponderante no declínio da fecundidade foi a prática do aborto<sup>16</sup>.

No Brasil, no Estado de São Paulo, em 1991 a taxa de fecundidade chegou a 2,3, para, após um período de estabilização, apresentar uma nova diminuição no período de 1998 a 2002. Assim, em 2000, a fecundidade era de 2,16 e, em 2002, a taxa foi de 1,88 filhos por mulher, valor inferior ao nível de reposição (2,1)<sup>17</sup>. Não se conhece oficialmente o percentual imputável ao aborto devido à sua ilegalidade.

Em trabalho dos mesmos autores<sup>16</sup>, foram identificados, para Cuba, como “fatores de risco” associados ao aborto induzido, a Idade menor que 24 anos (com risco dobrado para as menores de 20 anos) e o Estado Civil (solteiras ou unidas consensualmente). Não foi encontrada associação com Cor/Etnia e, das mulheres que provocaram o aborto, 55% tinham nível pré-universitário e 5,5% eram universitárias<sup>16</sup>.

Em relação às Características socio-demográficas e Determinantes Sociais de Saúde (condições sociais produtoras de iniquidade que terminam por fazer parte do processo de adoecimento ou constituição de agravo à saúde) que mais contribuem para uma alta vulnerabilidade ao abor-

**Tabela 1** - Distribuição das mulheres com gestação segundo aborto e estado civil à época do 1º evento – Favela Inajar, 2005

**Table 1** – Distribution of women with previous pregnancies according to abortion and marital status at the time of 1<sup>st</sup> event – Favela Inajar, 2005

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

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

\*51,0%

4 mulheres não responderam

\*NV = nascidos vivos

Generalization of Fisher exact test –  $p < 0.001$

4 women did not answer

\*NV – live born

to inseguro na população estudada – Favela Inajar de Souza, na cidade de São Paulo – foram encontradas as seguintes associações<sup>15</sup>:

**Etnia/Cor.** Quando comparados os grupos Com Aborto e Sem Aborto, foi observada associação estatisticamente significativa ( $p = 0,026$ ) entre Aborto Inseguro e Etnia/Cor, sobretudo no grupo Aborto Provocado ( $p = 0,014$ ); ou seja, nos grupos com aborto (AE e AP) observa-se uma maior proporção de mulheres afrodescendentes, pardas/mulatas e negras, quando comparada sua distribuição à distribuição apresentada pelo grupo Nenhum Aborto. (Tabela 2)

**Origem.** Foi observada também associação estatisticamente significativa entre Origem e Aborto ( $p=0,010$ ). Origem aqui refere-se à Migração Interna (mulheres oriundas de outros Estados, mais pobres). (Tabela 3)

Nota-se que de Fora de São Paulo tem-se quase 60% de mulheres do grupo AP e

81% do grupo AE, sendo que do Nordeste são 57% no grupo AP e 71,4% no grupo AE.

A migração interna, condição de cerca de 70% de migrantes nos grupos de mulheres com aborto em nosso estudo, e suas dificuldades de inclusão social, reforçam a vulnerabilidade social da população estudada ao aborto inseguro especificamente, e aos agravos à saúde da mulher de maneira geral. São mulheres oriundas principalmente do Nordeste do país, ainda como parte do fluxo migratório NE → SE, em busca de melhores salários ou de condições de vida mais dignas, assoladas também pela pobreza, pela baixa escolaridade, pela discriminação e pelo desemprego.

**Renda per capita (RPC).** Encontrou-se associação significativa entre aborto e RPC atual, graças ao grupo AP permanecer ao longo dos anos com uma renda mais baixa que os outros grupos e de valor inferior a ½ salário mínimo. (Tabela 4)

**Tabela 2** - Distribuição do total de mulheres segundo aborto e cor/etnia – Favela Inajar, 2005  
**Table 2** - Distribution of total women according to abortion and color/ethnicity – Favela Inajar, 2005

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

2 questionários excluídos (Outra)

Generalização do Teste Exato de Fisher –  $p = 0,026$

2 questionnaires excluded

Generalization of Fisher exact test –  $p = 0.026$

**Tabela 3** – Distribuição do total de mulheres segundo aborto e migração – Favela Inajar, 2005  
**Table 3** – Distribution of total women according to abortion and migration – Favela Inajar, 2005

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

Generalização do Teste Exato de Fisher –  $p = 0,010$

Generalization of Fisher exact test –  $p = 0.010$

**Tabela 4** – Medidas descritivas da Renda P. C. atual segundo aborto – Favela Inajar, 2005

**Table 4** – Descriptive measures of current P. C. income according to abortion

	Nenhum	AE	AP
Média	241,0	232,1	173,6
Desvio padrão	184,1	120,7	119,2
Mediana	200,0	237,0	134,5 *
Mínimo	0,0	75,0	0,0
Máximo	1567,0	583,0	500,0
Nº obs.	282	42	51

p = 0,017

\* <1/2 SM

A Renda per capita avaliada foi a RPC mensal domiciliar atual, pela impossibilidade de acesso à renda à época dos eventos. As associações entre a variável Aborto e a RPC mostraram-se estatisticamente significativas para os dois Grupos (Total de Mulheres e Total de Mulheres com Gestação). Através do teste não paramétrico de Kruskal Wallis verificou-se que a distribuição da renda per capita entre os três grupos não foi a mesma (p = 0,017). O grupo AP (Aborto Provocado) apresentou Renda Per Capita inferior à apresentada pelos grupos Nenhum Aborto (NA) e Aborto Espontâneo (AE).

**Escolaridade.** Uma das formas de medir-se a escolaridade, um dos indicadores utilizados no cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é utilizar-se como dados a taxa de analfabetismo e a média

de anos de estudo dos indivíduos que compõem uma população.

A escolaridade, de certa forma, é representativa da renda, quando esta não pode ser medida; daí a sua dupla importância.

Observou-se, para o Total de Mulheres, associação estatisticamente significativa entre Escolaridade e Aborto Inseguro (p=0,003). Pode-se observar que nos grupos AE e AP mais de 60% das mulheres apresentaram analfabetismo ou 1º Grau incompleto (no grupo com AP, 74,5%), correspondente a menos de 4 anos de estudo, o oposto do que ocorreu no grupo sem Nenhum Aborto. (Tabela 5)

### Complicações pós-aborto ou relacionadas ao aborto (Morbidade)

Das complicações declaradas pelas mulheres que sofreram ou provocaram aborto, na população estudada, hemorragia foi a mais citada (74 dos 82 AP), seguida de infecção, concomitante ou não, e de abortamento incompleto. Das complicações posteriores, a maior incidência foi de anemia e, depois, “dificuldades para engravidar novamente”. Os casos de hemorragia, isolada ou complementando outro quadro, cursaram com sintomas e sinais diversos, entre eles contrações, calafrios, tremedeira e febre, além de sangramento intenso por vários dias, causando alta demanda de internações hospitalares.

94,12% das mulheres que provocaram aborto (AP) e 83,3% das que sofreram AE

**Tabela 5** – Distribuição do total de mulheres segundo aborto e escolaridade – Favela Inajar, 2005

**Table 5** – Distribution of the total number of women according to abortion and schooling – Favela Inajar, 2005

Escolaridade	Aborto			Total
	Nenhum	AE	AP	
Analfabeta	13 (4,6%)	4 (9,5%)	3 (5,9%)	20 (5,3%)
1º Grau incompleto	126 (44,7%)	24 (57,1%)	35 (68,6%)	185 (49,3%)
1º Grau completo ou +	143 (50,7%)	14 (33,3%)	13 (25,5%)	170 (45,3%)
Total	282 (100,0%)	42 (100,0%)	51 (100,0%)	375 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fisher – p = 0,003

Generalization of Fisher exact test – p = 0.003



referiram complicações pós-aborto e, do total dessas mulheres, 93 com 144 abortos (AP e AE), 77 declararam internação em algum, ou ao menos um, dos abortamentos (82,79%). (Tabela 6)

**Tabela 6** – Distribuição para o total de mulheres com aborto, segundo o tipo de aborto, e complicações pós-aborto – Favela Inajar, 2005

**Table 6** – Distribution of the total number of women with abortion, according to type of abortion and post-abortion complications – Favela Inajar, 2005

Complicações pós- Aborto	Aborto		Total
	AE	AP	
Não	7 (16,7%)	3 (5,9%)	10 (10,8%)
Sim	35 (83,3%)	48 (94,1%)	83 (89,2%)
Total	42 (100,0%)	51 (100,0%)	93 (100,0%)

Internações hospitalares = 82,79%

Hospitalizations = 82.79%

Pelo Banco de Dados por Gestação, referente à pesquisa realizada, pôde-se perceber que mais de 60% das mulheres tinham entre 13 e 24 anos à época das internações.

A região onde está instalada a comunidade conta com pelo menos três Hospitais da Rede Pública. Exceto os poucos casos em que o abortamento se deu fora de São Paulo, as pacientes foram internadas nesses hospitais, preferencialmente em um deles, de acesso mais fácil, sendo que as internações variaram desde um mínimo de 24hs até um máximo de três semanas.

A maioria dos abortos provocados foram auto-abortos com o uso de Misoprostol, via oral, intra-vaginal, ou pelas duas vias, acompanhado de “chás” diversos. Em segundo lugar, foi apontado o uso de sonda ou outro objeto. Em 12 casos, foram relatados espancamento e outras agressões físicas como fator decisivo à indução do abortamento.

Os estudos realizados no Brasil, e mesmo na América Latina, que contemplam a questão das complicações pós-aborto, foram via de regra efetuados a partir das internações em curso, com as pacientes já hospitalizadas, ou a posteriori, pelo levantamento de informações registradas, sendo por isso difícil a comparação dos presentes dados com os da literatura específica.

Entre 1999 e 2002, considerando-se as mulheres de 10 a 49 anos, tem-se para o Brasil um total de 989.156 internações hospitalares pelo SUS por diagnósticos de aborto registrados<sup>5</sup>.

O gasto anual do SUS com internações decorrentes de aborto foi estimado em 10 milhões de dólares, em 2004, considerando-se a média de 238 mil procedimentos/ano, excetuados os casos de abortamento infectado que evoluem para septicemia e exigem internações prolongadas<sup>5</sup>.

Portanto, o problema das complicações pós-aborto ou da morbidade relacionada ao aborto desdobra-se em vários outros pertinentes: à esfera da saúde propriamente dita da mulher; à possibilidade de atendimento pelos Serviços de Saúde; à sobrecarga hospitalar e ao custo das internações, principalmente.

Por mais diversas que sejam as estimativas das complicações por aborto nos países em que sua prática é ilegal, ou restritiva, os dados obtidos sempre contrastam com aqueles de abortos realizados em países cuja legislação permite o aborto e que, por conseguinte, se realizam em condições adequadas<sup>18</sup>.

Em Cuba, mediante a ampliação e melhoria da qualidade dos serviços de aborto, sobretudo no primeiro trimestre da gravidez, e a generalização do procedimento de regulação menstrual, que também pode interromper gestações, a morbidade e a mortalidade relacionadas ao aborto diminuíram significativamente, chegando a alcançar níveis muito baixos<sup>19</sup>.

## Conclusões

1. Encontrou-se, na população estudada,

- Favela Inajar de Souza, um alto número de abortos inseguros.
- 1a. Em relação ao aborto inseguro provocado (AP), a despeito de o maior número de abortos ter ocorrido entre mulheres de 13 a 24 anos, e a frequência de mulheres com AP também ter sido maior nesse estrato, as mulheres com mais de 25 anos apresentaram proporcionalmente mais abortos provocados (AP) do que nascidos vivos (NV), demonstrando a utilização do aborto como controle da fecundidade;
  - 1b. Ainda em relação ao AP, a maioria das mulheres que o induziram de maneira insegura e clandestina eram solteiras, ou sem companheiro fixo, declararam maior aceitação à recorrência ao aborto no caso de gestação não planejada (56%) e não desejarem engravidar novamente (76,5%).
  2. As mulheres em situação de pobreza recorrem, como todas, comprovadamente, ao abortamento clandestino como forma de “planejamento familiar”, como denotam as taxas de Gestação, mas, somente neste grupo populacional, nota-se tão elevada taxa de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares: 82,79%.
  3. Foram encontradas, para o Total de Mulheres, associações estatisticamente significativas entre Aborto Inseguro e Renda/Escolaridade (baixas), Aborto Inseguro e Cor/Etnia, Aborto Inseguro e Migração Interna, e Aborto Inseguro e Não Apoio do parceiro – o que torna esta população especialmente vulnerável ao aborto inseguro frente às violências estruturais (desigualdade social, desigualdade de gênero, racismo e migração).
  4. A vulnerabilidade, individual, social e programática, ao aborto inseguro e, por extensão, aos agravos à saúde da mulher, nesta população, mostrou-se elevada (alta).
- Tem-se em comum com Cuba, quanto ao Aborto, semelhança de perfil somente em relação à Idade e ao Estado Civil. Os resultados referentes a Cor/Etnia, Escolaridade (que, em termos de Educação, é representativa de Renda), Complicações pós-aborto e Vulnerabilidade ao Aborto Inseguro são opostos aos de Cuba, revelando o grau de iniquidade relacionada à saúde da população estudada.
- O aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria essa realidade. A legalização do aborto, no Brasil, beneficiaria, sobretudo, as mulheres pobres.

## Referências

1. Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, párrafo 8.25. In: *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*; 1994 Sept 5-13; Cairo. Nueva York: Naciones Unidas; 1995b. p. 56. [A/CONF-171/13/Rev.1].
2. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *Dossiê mortalidade materna*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.
3. Hakkerte R, Martine G. Population, poverty and inequality: a Latin-American perspective. In: *Population and poverty: achieving equity, equality and sustainability* [monograph on the Internet]. New York: United Nations Population Fund; 2003 [cited 2006 July 13]. p. 101-25. [Series Population and Development Strategies, 8]. Disponível em: [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/191\\_filename\\_PDS08.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/191_filename_PDS08.pdf)
4. International Safe Motherhood Conference; 1987 Feb 10-13; Nairobi, Kenya. Washington (DC): World Bank; 1987.
5. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *Dossiê aborto: mortes preveníveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2005.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Unidad de Género y Salud. Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del siglo XXI*. Washington: OPS; 2004.
7. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. *Dossiê aborto inseguro: direito de decidir sobre o aborto: uma questão de cidadania e democracia*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.

8. Alan Guttmacher Institute. *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana* [monografia en la Internet]. Nueva York: Alan Guttmacher Institute; 1994 [citado 2006 Jul 13]. Disponible en: [http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp\\_proj\\_laicia\\_amicus\\_app\\_AGISP.pdf](http://www.womenslinkworldwide.org/pdf/sp_proj_laicia_amicus_app_AGISP.pdf)
9. Silva RS. *Aborto provocado: sua incidência e características: um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), residentes no subdistrito de Vila Madalena* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1992.
10. Silva RS. Padrões de aborto provocado na Grande São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(1): 7-17.
11. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*. Geneva: World Health Organization; 1998.
12. Boletín Estadístico del Ministério de Salud Pública. *Habana: Dirección General de Estadísticas*, Ministério de la Salud Pública; 2000.
13. Comunicación e Información de la Mujer. *El aborto en Cuba, una decisión personal*. *Cimacnoticias* [periódico en la Internet]. 2003 Oct 28 [citado 2006 Jul 13]:[cerca de 2 p.]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03oct/03102803.html>
14. Volochko A. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. In: Berquó ES (Org.). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva do Brasil*. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 229-53.
15. Fusco CLB. *Aborto inseguro: frequência e características sócio-demográficas associadas, em uma população vulnerável - Favela Inajar de Souza, São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
16. Cabezas-Garcia E, Langer-Glass A, Alvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública Mex*. 1998; 40(3): 265-71.
17. Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Estud Av*. 2003; 17(49): 65-86.
18. Langer-Glass A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gac Med Mex*. 2003; 139(Supl 1): 3-8.
19. Mayo Abad D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [periódico na Internet]. 2002 [citado 2007 Ago 15];28(2)[cerca de 6 p.]. Disponível em: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28\\_2\\_02/gin12202.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin12202.pdf)

Recebido em: 22/03/07  
Versão final reapresentada em: 23/10/07  
Aprovado em: 04/12/07