

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia.

Campinas, 12 de maio de 1995.

Profa.Dra.Ellen Elizabeth Hardy

ORIENTADORA *Ellen Hardy*

**ANTÓNIO MANUEL AUGUSTO BUGALHO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, COMPLICAÇÕES E CUSTO DO ABORTO  
CLANDESTINO. COMPARAÇÃO COM ABORTO HOSPITALAR E PARTO,  
EM MAPUTO, MOÇAMBIQUE.**

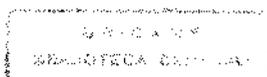
**VOLUME I**

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
DOUTOR EM MEDICINA: ÁREA DE  
TOCOGINECOLOGIA.

Orientador: Profa. Dra. Ellen Hardy

Co-orientador: Prof. Dr. Anibal Faúndes

CAMPINAS - SÃO PAULO  
1995



**ANTÓNIO MANUEL AUGUSTO BUGALHO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, COMPLICAÇÕES E CUSTO DO ABORTO  
CLANDESTINO. COMPARAÇÃO COM ABORTO HOSPITALAR E PARTO,  
EM MAPUTO, MOÇAMBIQUE.**

**VOLUME I**

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
DOUTOR EM MEDICINA: ÁREA DE  
TOCGINECOLOGIA.

**Orientador: Profa. Dra. Ellen Hardy**

**Co-orientador: Prof. Dr. Aníbal Faúndes**

**CAMPINAS - SÃO PAULO  
1995**

**ESTE TRABALHO É DEDICADO**

À minha esposa, Elsa, pelo apoio e incentivo que sempre me deu, e pela coragem que demonstra ao consentir tantas ausências assumindo a responsabilidade da família.

Aos meus filhos, Patrícia, João, Hugo e Ariane, pela grande alegria que têm trazido à minha vida.

Aos meus colegas e pessoal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Central de Maputo, pelo apoio que sempre me deram ao longo de dez anos de chefia.

**AGRADECIMENTOS**

Quero destacar os meus agradecimentos em especial para:

Profª Drª Ellen Hardy, minha orientadora, a quem tirei tanto seu precioso tempo e de quem recebi o gosto pelo perfeccionismo e pela verdade.

Prof. Dr. Anibal Faúndes, que confiou em mim e me instruiu não só na tese como na minha formação, e ao qual devo a dedicação e respeito do aluno para o mestre.

Dr. Aurélio Zilhão, Ministro da Saúde e ex-diretor do Hospital Central de Maputo, que me encorajou, apoiando-me na decisão de avançar no processo de doutoramento, e apoiando minha família.

Dr. Leonardo Simão, Ministro dos Negócios Estrangeiros e ex-Ministro da Saúde, que me apoiou moral e economicamente para poder enfrentar o processo de doutoramento.

Dra. Luiza Almeida, Dra. Fernanda Machungo e Dr. Cassimo Bique, meus colegas, sem o apoio dos quais não seria possível fazer este trabalho.

Dr. João Schwalback, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, pelo entusiasmo e incentivo com que sempre me motivou.

Dr. João Alexandre Carvalho, meu colega na direção do Hospital Central de Maputo, pelo apoio pessoal que me deu em alturas de decisões difíceis.

Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, que conheço há vários anos em termos profissionais e que muito me ensinou, quer no curso quer nas diversas correções feitas durante a elaboração da tese.

Graciana Alves, que pelo enorme esforço que dispensou na preparação deste trabalho, bem como no treinamento de entrevistadoras e atuação no terreno, teve um lugar de destaque e imprescindível na preparação desta tese.

Maria José Osis, pela enorme paciência que demonstrou ter, trabalhando comigo meses seguidos, e pelas horas que roubei ao seu próprio trabalho.

Maria Helena de Sousa, pelos ensinamentos e apoio que deu ao meu trabalho no campo da estatística e processamento de dados.

Vilma Zotareli, cujo trabalho de secretariado permitiu a elaboração dentro do prazo de todas as alterações que foram feitas ao longo do tempo.

Às seguintes organizações pelo apoio concedido:

Ao Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), ao seu corpo diretivo e a todos os funcionários pelo apoio logístico e moral, durante todo tempo mas principalmente nas horas de maior fraqueza.

THE POPULATION COUNCIL - Escritório no Brasil

DIREÇÃO DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

HUMAN REPRODUCTION PROGRAMME da OMS, na pessoa do Dr. Akande.

Quero agradecer à Comissão de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas a oportunidade que me deu de ser acolhido no seio desta prestigiosa instituição.

## ÍNDICE

PÁG.

RESUMO

SUMMARY

|  |  |
|--|--|
| Introdução . . . . .                                     |  |
| Objetivos . . . . .                                      |  |
| Sujeitos e Métodos . . . . .                             |  |
| Tipo de estudo . . . . .                                 |  |
| Definição dos sujeitos . . . . .                         |  |
| Tamanho amostral . . . . .                               |  |
| Seleção dos sujeitos . . . . .                           |  |
| Coleta de dados . . . . .                                |  |
| Documentos . . . . .                                     |  |
| Processamento e análise dos dados . . . . .              |  |
| Cálculo dos custos . . . . .                             |  |
| Resultados . . . . .                                     |  |
| Comparação das características dos três grupos . . . . . |  |
| Idade . . . . .  |  |
| História reproductiva . . . . .                          |  |
| Características sociais . . . . .                        |  |
| Religião . . . . .                                       |  |
| Habitação . . . . .                                      |  |
| Trabalho . . . . .                                       |  |
| Métodos anticoncepcionais . . . . .                      |  |
| Tipo de relacionamento . . . . .                         |  |
| Complicações, consumos e custos . . . . .                |  |
| Complicações . . . . .                                   |  |
| Consumos hospitalares . . . . .                          |  |
| Custos hospitalares . . . . .                            |  |
| Discussão . . . . .                                      |  |
| Conclusões . . . . .                                     |  |
| Referências Bibliográficas . . . . .                     |  |

Nota: Os anexos encontram-se no Volume II

## ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| Tabela 1 -  | Distribuição percentual da idade das mulheres, segundo forma de término da gravidez . . . . .   |  |
| Tabela 2a - | Distribuição percentual das mulheres, segundo história reprodutiva e forma de término da gravidez . . . . .   |  |
| Tabela 2b - | Distribuição percentual das mulheres, segundo número de filhos anteriores e forma de término da gravidez . . . . .  |  |
| Tabela 3 -  | Porcentagem de mulheres casadas e de mulheres que viviam com um parceiro, segundo forma de término da gravidez . . . . .  |  |
| Tabela 4 -  | Porcentagem de mulheres que frequentaram a escola, com curso médio ou superior e alfabetizadas, segundo forma de término da gravidez . . . . .                  |  |
| Tabela 5 -  | Porcentagem de mulheres que nasceram em Maputo, migrantes recentes e de raça não-negra, segundo forma de término da gravidez . . . . .                          |  |
| Tabela 6 -  | Distribuição percentual das mulheres segundo religião declarada, e porcentagem com assistência semanal ao culto, segundo forma de término da gravidez . . . . . |  |
| Tabela 7 -  | Características da moradia, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .   |  |
| Tabela 8 -  | Situação de trabalho, segundo forma de término da gravidez (porcentagens e média) . . . . .   |  |
| Tabela 9 -  | Métodos anticoncepcionais conhecidos, referidos espontaneamente ou pós-estímulo, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .                |  |
| Tabela 10 - | Métodos anticoncepcionais já usados, segundo a forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .  |  |
| Tabela 11 - | Métodos anticoncepcionais usados antes de engravidar, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .   |  |

- Tabela 12 - Tipo de relacionamento do qual surgiu a gravidez e desejo de engravidar, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .
- Tabela 13a - Complicações do aborto, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .
- Tabela 13b - Intervenções relacionadas com peritonite, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem) . . . . .
- Tabela 14 - Indicadores de consumo de recursos hospitalares, segundo forma de término da gravidez (unidades mencionadas em cada item) . . . . .
- Tabela 15 - Custo total e para cada indicador de consumo, e custo médio por paciente segundo forma de término da gravidez (valores em dólares americanos) . . . . .



## RESUMO

O objetivo geral do estudo foi identificar as características das mulheres que se internam, por complicações de aborto clandestino no Hospital Central de Maputo, Moçambique, e avaliar o custo econômico e para a saúde dessa prática. A longo prazo o propósito é de estimular medidas para prevenir gravidezes indesejadas, bem como a morbi-mortalidade materna resultante. Este foi um estudo caso-controle, em que a forma de término da última gravidez foi a variável dependente para estudar as características sócio-demográficas e de saúde das mulheres. Ao mesmo tempo foi um estudo analítico, prospectivo em que a forma de término da gestação foi a variável independente para avaliar complicações e custos hospitalares. O tamanho amostral foi calculado em 400 mulheres para cada um dos grupos de mulheres com aborto clandestino, hospitalar ou parto. Para as entrevistas foi usado um questionário estruturado e pré-testado, e para avaliar os custos hospitalares um formulário de custos do IPAS. Os dados foram digitados e analisados através do SPSS, utilizando-se os testes de qui-quadrado, teste exato de Fisher e o teste "t" de Student. As mulheres com aborto clandestino eram mais jovens e uma maior porcentagem era primigesta e teve menos abortos do que aquelas nos outros grupos. O número de filhos vivos dos dois grupos com aborto foi semelhante. As mulheres com aborto clandestino tiveram escolaridade menor que as do grupo com aborto hospitalar, mas maior que as do grupo com parto. Uma proporção menor de mulheres do grupo com aborto clandestino vivia com um parceiro quando comparadas com os outros grupos, sendo também mais frequentemente recém-chegadas à cidade de Maputo. Uma proporção maior de mulheres do grupo com aborto clandestino não tinha religião. No grupo com aborto clandestino a qualidade da habitação foi semelhante à do grupo com parto, mas muito inferior em relação ao grupo com aborto hospitalar. Os parceiros das mulheres com aborto clandestino estavam mais frequentemente desempregados quando comparados ao grupo com aborto hospitalar. Todos os grupos tiveram conhecimentos elevados acerca de contraceptivos, mas a frequência de uso foi maior no grupo com aborto hospitalar. As complicações, transfusões de sangue, média de dias de internação, consumo de antibióticos de terceira geração e de infusões foram maiores no grupo com aborto clandestino, tendo ocorrido mortes apenas neste grupo. O custo médio por paciente do grupo com aborto clandestino foi de US\$ 100 comparado com US\$ 12 por mulher com aborto hospitalar e 18 dólares do grupo com parto. O autor conclui que o aborto clandestino teve consequências mais graves para saúde das mulheres do que outras formas de término de gestação estudadas. As mulheres internadas por complicações de aborto representaram um custo nove e cinco vezes superior às mulheres internadas por aborto hospitalar e parto, respectivamente.

**SUMMARY**

## SUMMARY

The general objective of the study was to identify characteristics of women who were hospitalized with complications of clandestine abortion in the Central Hospital of Maputo, Mozambique, and to evaluate the health and economic cost of that practice. In the long run is to prevent unwanted pregnancies and lowering maternal morbidity and mortality. This was a case-control study in which the way the last pregnancy ended was the dependent variable when studying socio-demographic characteristics. At the same time it was an analytic, prospective study, in which the way pregnancy ended was the independent variable to study complications and hospital costs. The sample size was 400 women for each of the following three groups of pregnancy termination: clandestine abortion, hospital based abortion and delivery. A structured pre-tested questionnaire was used for the interviews. The information was entered into a database and the analysis was carried out with SPSS. A form developed by IPAS to evaluate hospital costs was used. Statistical analysis was done using chi-square, Fisher's exact test and Student's t-test. Women in the clandestine abortion group were younger, a larger percentage was primigravida and they had fewer abortions than those in the other groups. Their number of living children was similar to that of women with hospital based abortions. In the clandestine abortion group, schooling was lower than in the hospital based abortion group, but higher than in the delivery group. A smaller proportion of women in the clandestine abortion group lived with a partner when compared with the two other groups, and they were more frequently newcomers to the city of Maputo than the hospital abortion group. A significant proportion of women in the clandestine group had no religious affiliation when compared with the other groups. The housing conditions of women in the clandestine group were the same as those of the delivery group, but much worse than those of with hospital abortion. More of the partners of women in the clandestine abortion group were unemployed when compared to the partners of the group of hospital based abortions. Knowledge about contraceptive methods was very high in all groups but use was lower in the clandestine abortion group than in the group with hospital abortions. Complications, blood transfusions, consumption of third generation antibiotics and of infusion solutions (IV) and mean length of hospital stay were very high in the clandestine abortion group and negligible in the other two groups. Deaths were observed only in the first group. The mean cost per patient in the clandestine abortion group was US\$ 100 compared to US\$ 12 in the hospital based abortion group and US\$ 18 in the delivery group. The author concludes that clandestine abortion had more negative effects on women's health than hospital abortions or delivery. Women hospitalized for clandestine abortion complications represented a cost nine and five times greater than that of women who had a hospital based abortion as a delivery, respectively.

## INTRODUÇÃO

## INTRODUÇÃO

O aborto ilegal ou clandestino é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna em países em desenvolvimento, onde o aborto ou é ilegal ou não há garantias de poder ser executado em ambiente seguro (LADIPO, 1989; MEGAFU & OZUMBA, 1991; ADEWOLE, 1992).

Como os registros disponíveis são principalmente hospitalares e, portanto, imprecisos, e os estudos de comunidade são dispendiosos e de difícil execução, não é possível se obter um consenso sobre números exatos de abortos clandestinos e de mortalidade materna, na maior parte dos países do mundo.

Sabe-se que o registro oficial dos óbitos maternos normalmente representa um valor subestimado, se observarmos que, mesmo em países desenvolvidos como os Estados Unidos e França, a literatura médica mostra que os registros representam apenas 46 a 85% da mortalidade materna real (JEWETT, 1957; GIBBS & LOCK, 1976). O mesmo observou-se nos países em desenvolvimento, por exemplo, um estudo feito em Campinas (Brasil), cidade universitária e industrial de grande desenvolvimento, encontrou que apenas 40% dos óbitos maternos estavam registrados oficialmente (FAÚNDES, HERRMANN, CECATTI, 1985). Mesmo no Município de São Paulo, foi encontrado um subregistro de mortalidade materna de quase 60% em relação às declarações de óbito originais (LAURENTI, 1988).

Do mesmo modo, não se sabe ao certo a verdadeira dimensão do problema do aborto clandestino, pois as estatísticas são incompletas mesmo nos países onde o aborto é legal, quanto mais num lugar onde, além de ser ilegal, é criminalizado (ROYSTON & ARMSTRONG, 1989). Estima-se que o aborto represente até 50% das admissões em serviços de ginecologia (SIMONS, 1988). Já a porcentagem de abortos clandestinos nessas admissões varia muito conforme o tipo de registro e a forma como foram colhidos os dados, podendo encontrar-se valores que variam entre 35 a 60% das admissões (JUSTESEN, KAPIGA, VAN ASTEN, 1992; MADEBO & G/TADIC, 1993).

Do total mundial de abortos clandestinos, a América Latina e a ex-União Soviética detém 50% dos casos. Estas duas áreas geográficas apresentam sensível aumento aos mesmos números de casos. A Índia apresenta 13% e a África Sub-Saariana 10% do total de abortos clandestinos no mundo (HENSHAW, 1990; DIXON-MUELLER, 1990; WHO, 1990; POPOV, 1991)

Em geral, mesmo em países com registros presumivelmente bem feitos, como Israel por exemplo, estima-se que 30% dos abortos totais são induzidos e subregistrados, ou não registrados (SABATELLO, 1990). O mesmo acontece em países que, estando organizados para fornecer o aborto como principal método de

regulação de fertilidade, ainda apresentam uma porcentagem alta de abortos ilegais e não registrados (POPOV, 1991).

No Terceiro Mundo, durante toda a sua vida reprodutiva, possivelmente 50% das mulheres tentaram pelo menos uma vez induzir aborto (PAXMAN et al., 1993). Nesses mesmos países a indução de aborto é o método mais prevalente de regulação da fecundidade, enquanto nas metrópoles desenvolvidas da América Latina, aparece como o quarto método mais freqüente (GRIMES & CATES Jr., 1979)

Os países da África Sub-Saariana, como grupo, apresentam um dos maiores índices de pobreza do mundo. Dos 40 países mais pobres, 28 estão nessa região onde, apesar de dados demográficos semelhantes, os recursos de saúde são bastante diferentes, quando comparando esses país entre si. O fator comum é que, devido às restrições legais ao aborto e à sua natureza íntima, qualquer investigação é difícil. Há forte evidência de que em certas regiões de África existem enormes deficiências de registro, inclusive nas unidades sanitárias de nível universitário (ROGO, 1990).

Em geral, os estudos feitos na África apresentam o problema de incluírem amostras pequenas e viciadas, porque consideram apenas pacientes de hospitais públicos, que são internadas com

complicações de aborto, muitas vezes provocado (KWAIST, ROCHAT, MARIAM, 1986; ROGO, 1990; MEGAFU & OZUMBA 1991).

Além do subregistro interno, devido a transferências inter-institucionais, os estudos hospitalares não incluem as mulheres que abortam sem complicações e não vão ao hospital, nem as mulheres que morrem sem chegar a serem atendidas em serviços oficiais. Nas situações de leis restritas, o que é o mais freqüente na África devido à herança colonial de 30 ou 40 anos atrás, é difícil definir se o aborto foi espontâneo ou clandestino na maior parte dos casos.

Apesar dessa incerteza, calcula-se que 99% das mortes maternas ocorram no Terceiro Mundo (ROSENFELD, 1989), e que um em cada três óbitos maternos seja devido a abortos induzidos (TIETZE & LEWIS, 1979). Se tomarmos como base o número de 500.000 mortes maternas por ano no mundo, estima-se que entre 150.000 a 200.000 mulheres morram anualmente por complicações de aborto, a maior parte vivendo no Terceiro Mundo (STARRS, 1987).

A mortalidade materna elevada está mais relacionada com o aborto clandestino em países onde a lei é restritiva e os serviços de planejamento familiar são insuficientes. Nos países menos desenvolvidos, a mortalidade por aborto representa cerca de 25% da

mortalidade materna, mesmo que nem sempre os registros apontem um valor tão elevado (ROYSTON & ARMSTRONG, 1989; ROSENFELD, 1989; DIXON-MUELLER, 1990; LAGUARDIA, ROTHOLZ, BELFORT, 1990; VALGINA & GUSTOVAI, 1990; WHO, 1991a; SCHUITEMAKER et al., 1991; WHO, 1992).

Na América Latina, onde o problema está melhor estudado, e onde o aborto é ilegal e penalizado, a prática clandestina é realizada em geral por indivíduos pouco competentes e em situações de segurança duvidosa. Ao mesmo tempo, o número de médicos e recursos postos a serviço da população é suficiente para controlar outras causas de morte materna que não são relacionadas com aborto, como hemorragias, hipertensão e infecção. Por esta razão é que, uma vez controladas essas outras situações de risco de óbito materno, vemos crescer a participação do aborto clandestino na mortalidade materna, conforme um estudo feito no Rio de Janeiro onde, em 10 anos, a proporção das mortes maternas por aborto clandestino subiu 172% (LAGUARDIA, ROTHOLZ, BELFORT, 1990). Pelo menos a nível de algumas instituições sanitárias de referência este fenômeno pode ser verificado, embora não se saiba o que verdadeiramente acontece na população. Observa-se que, apesar do incremento de recursos humanos e técnicos, as complicações de aborto mantêm-se entre as causas menos tratáveis da mortalidade materna, especialmente onde o aborto é ilegal (DAVID, 1981).

Nos países africanos, apesar da ausência de estudos com base populacional mais apurados, há indícios de que a mortalidade seja alta, mesmo quando o aborto clandestino é praticado por médicos, representando 35% da mortalidade materna num hospital da Nigéria (OKONOFUA, ONWUDIEGWU, ODUNSI, 1992).

Mas óbito materno não é a única consequência do aborto clandestino. As complicações mais agudas relacionadas com ele são a hemorragia, infecção e choque devido a lesões do cérvix, perfuração do útero ou reações tóxicas as soluções injetadas ou ingeridas (LISKIN, 1980). Essas situações, quando não tratadas imediata e adequadamente, levam a sepsis, infecções gênitourinárias e morte. Muitas mulheres que sobrevivem acabam por sofrer de dor pélvica crônica, incontinência urinária, infertilidade e complicações obstétricas no futuro (LETTENMAIER et al., 1988; LADIPO, 1989; LISKIN, 1992). Estudos recentes feitos na ex-União Soviética e Romênia, na época, pós Ceaucescu mostram uma porcentagem de 20% de mulheres em idade reprodutiva sofrendo de infertilidade relacionada a induções de aborto clandestino (STEPHENSON et al., 1992).

A infertilidade, que pode derivar da interrupção traumática de uma primeira gravidez, leva as mulheres a dramas familiares e abandono, em culturas onde o "status" da mulher depende da sua capacidade de procriar (MASHALABA, 1989). Muitas vezes, a incapacidade física provocada por seqüelas de um aborto ilegal

influencia também a possibilidade da mulher tratar dos filhos e contribuir para a economia do lar (JACOBSON, 1991).

As lesões de carácter psicológico relacionadas com a indução de aborto parecem não ter conseqüências estatisticamente significativas, quando comparadas com aquelas relacionadas à gravidez indesejada levada a termo (KOOP, 1989; ADLER et al., 1990; KUNINS & ROSENFELD, 1991; RYAN, 1992).

As conseqüências mais graves, sob o ponto de vista social e de saúde, do aborto clandestino observam-se principalmente nas populações mais pobres e analfabetas do Terceiro Mundo (WHO, 1991b). As rápidas alterações das culturas tradicionais fizeram mudar o comportamento sexual, levando a gravidezes precoces e abortos clandestinos em muitas áreas do globo (KULIN, 1988). No hemisfério sul, a jovem que quer abortar para evitar ser expulsa da escola ou da casa da família pode ver a sua vida arruinada, tanto sob o ponto de vista de saúde como social. O mesmo não se passa no hemisfério norte onde a jovem normalmente tem acesso a um serviço legal e de bom nível técnico, ao mesmo tempo que é prontamente atendida pelo setor de planejamento familiar e aconselhamento (SAI & NASSIM, 1989). Assim, a segurança e insegurança na indução do aborto apresentam a mesma fronteira que separa os países ricos e industrializados, dos pobres e subdesenvolvidos (SUNDSTROM, 1994). As diferenças de morbi-mortalidade entre ricos e pobres residem

principalmente na falta de serviços eficientes e seguros para o aborto entre os últimos.

Aceitando que o aborto clandestino seja um dos problemas mais importantes em saúde reprodutiva da mulher na atualidade, o que poderia ser feito a respeito?

Não restam dúvidas que a mortalidade e morbidade maternas devidas ao aborto clandestino podem ser prevenidas (COEYTAUX, 1988; FATHALLA, 1992). Os contraceptivos e o aborto são usados para evitar um nascimento não desejado e, se ambos forem acessíveis, as mulheres usam contraceptivos como primeira escolha (FAÚNDES, RODRIGUEZ, AVENDAÑO, 1968b).

Para alguns países pode-se concluir que a educação sexual e o acesso a contraceptivos e programas de regulação de natalidade estão mais relacionados com a redução do número de abortos do que as leis que pretendem restringi-los (BARROSO, 1989). No caso das grandes capitais latino-americanas, o maior uso e acesso aos métodos contraceptivos têm diminuído o número total de abortos e reduzido as taxas de fertilidade, porém sem eliminar a ocorrência de práticas clandestinas (FAÚNDES, RODRIGUEZ, AVENDAÑO, 1968a; FAÚNDES, RODRIGUEZ, AVENDAÑO, 1968b).

Em alguns dos estudos epidemiológicos, tem sido de interesse para os investigadores e para os responsáveis pela saúde pública

saber qual o perfil das mulheres que procuram a prática do aborto ilegal em qualquer situação, sendo ou não o aborto legalizado, pois há evidências de que sejam reincidentes na procura pelo aborto clandestino (HARDY & HERUD, 1975). Na África, por exemplo, um autor constatou que até 53% das mulheres atendidas por aborto induzido clandestinamente poderiam ter usado anteriormente esse mesmo recurso para terminar a gravidez (UHJA, 1991). O fenômeno da repetição do aborto é conhecido e a frequência de repetição parece aumentar com a liberalização, particularmente se não há melhora substancial no acesso à informação e uso de contraceptivos. Alguns estudos calculam ainda que a diminuição e estabilização da ocorrência de abortos repetidos num país pode levar até 30 anos para ser atingida (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1989).

Mesmo que existam condições ideais de acesso à contracepção, a possibilidade de falha da anticoncepção e gravidez indesejadas fez necessária a disponibilidade de um aborto seguro de forma a evitar que se proceda a manipulações inseguras (SUNDSTROM, 1994).

A tendência mundial de liberalização do aborto acompanha o desenvolvimento econômico e é concomitante com medidas de carácter preventivo da gravidez indesejada. Essa tendência ocorre sobretudo devido às pressões de grupos políticos, não governamentais, que procuram diminuir a mortalidade materna por aborto ilegal e assegurar o direito das mulheres em geral de decidirem sobre gravidez e maternidade. Antes da liberalização, esse é um direito

geralmente acessível apenas para as classes mais favorecidas que podem pagar o preço de uma intervenção segura, fora da legalidade.

A liberalização e descriminação do aborto têm conseqüências imediatas, diminuindo a mortalidade materna, porque muitos dos abortos legais substituem os ilegais (TIETZE & HENSHAW, 1986). De fato, na maioria dos países onde o aborto induzido foi legalizado, a mortalidade e morbidade maternas associadas com o aborto diminuíram (TIETZE, 1969; POTTS & WOOD, 1972).

Na Romênia, durante a vigência da política pró-natalista de Ceaucescu, quando o aborto era criminalizado, 87% da mortalidade materna era devida ao aborto clandestino. Isto aconteceu apesar de estarem disponíveis recursos humanos e materiais adequados nos serviços de saúde, para a prevenção de outras causas de morte materna. Assim, uma vez excluídos os óbitos por aborto, a mortalidade materna era comparável à da Europa Ocidental (HORD et al., 1991; STEPHENSON et al., 1992). No extremo oposto encontra-se a Bélgica onde, embora o aborto fosse ilegal até abril de 1990, a morbidade a ele associada não se fez sentir, provavelmente devido às ótimas condições de segurança técnica com que era executado, mesmo quando ilegal (DONNAY et al., 1993).

No entanto, a simples legalização é apenas um indicador imperfeito da disponibilidade de serviços provendo aborto seguro, pois a eficiência da legalização tem relação principalmente com a

capacidade de resposta dos serviços públicos e a disponibilidade dos recursos humanos especializados. Em muitos países, as restrições sobre limites de idade gestacional, dificuldades de ordem burocrática, listas de espera e dificuldade na confirmação de que o motivo para o aborto é verdadeiro, mantêm ainda uma vasta clientela para os "aborteiros" clandestinos. Na Índia, por exemplo, o aborto é legal, mas a maior parte das gravidezes indesejadas continua terminando em aborto clandestino (WINIKOFF et al., 1991).

Por outro lado, também existem situações em que o aborto é ilegal, mas não criminalizado, onde a capacidade de resposta dos serviços de saúde é maior e tem mais impacto do que noutros países, onde é legal, mas a capacidade de resposta é limitada (KETTING & VAN PRAAG, 1985; COOK & HAWS, 1986).

Em nenhum país as legislações punitivas foram capazes de conter a elevação do número de abortos realizados. Pelo contrário, quanto mais repressivas as leis, mais as mulheres procuram soluções perigosas para as suas vidas, e mais volumosos são os rendimentos de alguns médicos, parteiras e instituições privadas (PINOTTI & FAÚNDES, 1989).

Apesar da comprovada responsabilidade do aborto induzido na mortalidade materna, a Organização Mundial da Saúde refere que, nas reuniões internacionais, os responsáveis pela saúde dos países menos desenvolvidos têm tido certa relutância em recomendar a

abertura de serviços que forneçam aborto legal em hospitais, em condições de higiene e segurança (DIXON-MUELLER, 1990).

Só dois países da África Sub-Saariana admitem o aborto por razões sociais: o Burundi e a Zâmbia. Na Zâmbia (ROGO, 1990), a resistência do pessoal de saúde não permite a sua implementação, sendo que o principal hospital de Luzaka fez cerca de 200 interrupções, durante o período de um ano, enquanto admitiu um número muitíssimo maior de mulheres com complicações de aborto induzido (CASTLE, LIKWA, WHITTAKER, 1990). A realidade nas instituições hospitalares públicas da África é terminar o que foi começado algures, geralmente por pessoal de muito baixo nível moral e técnico.

Os programas de planeamento familiar que poderiam prevenir as gravidezes indesejadas e o aborto ainda têm alcance muito limitado nesta região. Eles contemplam essencialmente casais, sendo praticamente inexistentes os programas específicos para adolescentes, adultos temporariamente solteiros e mulheres no pós-aborto. (LEMA, KAMAU, ROGO, 1989).

Não só a vida e saúde das mulheres sofrem as conseqüências do aborto ilegal. Ele também afeta a sociedade de forma indireta pelo custo que representa para as instituições hospitalares, em leitos ocupados, sangue, antibióticos de terceira geração e tempo de pessoal médico especializado, chegando a consumir até 50% dos

orçamentos de hospitais-maternidades (PLAZA & BRIONES, 1964; LISKIN, 1980; JOHNSON et al., 1993). As pacientes com complicações de aborto, por exemplo, chegam a usar tantos leitos quanto as demais do fôro obstétrico, recebendo quase o triplo de transfusões sanguíneas (FORTNEY, 1981). Freqüentemente todos estes recursos são consumidos em detrimento de urgências que não podem ser atendidas por falta de salas operatórias extras, enquanto se opera uma doente por peritonite pós-aborto (FORTNEY, 1981).

Além do maior consumo de recursos hospitalares, os casos de aborto ilegal habitualmente são mais graves do que qualquer outra causa de admissão ginecológica (WANJALA, MURUGU, MATI, 1985). Os custos médios do tratamento de complicações de aborto ilegal num hospital da Nigéria foram cifrados em US\$ 223 por caso, contra uma renda mensal média da paciente de US\$ 45 (KONJE, OBISESAN, LADIPO, 1992). Em países em desenvolvimento, todas as despesas hospitalares dessas doentes são pagas pelo orçamento do hospital, encontrando-se a administração impossibilitada de fazer investimentos em outros setores (NARKAVONNAKIT, BENNET, BALAKRISHNAN, 1981). Em geral, as complicações de abortos são referidas ao número de partos atendidos na instituição, podendo esta razão variar de 100/1000 até 437/1000 partos em países subdesenvolvidos (AMPOFO, 1973). No entanto, sendo habitualmente difícil traçar uma distinção entre o aborto ilegalmente provocado e o aborto espontâneo, os custos também não podem ser determinados com exatidão.

Em Moçambique, a situação da mortalidade materna e de seu componente aborto induzido não era diferente à dos países vizinhos. Num estudo de mortes maternas ocorridas no Hospital Central de Maputo, num período de dois anos, identificaram-se 106 óbitos em 32.421 nascidos vivos, o que corresponde a uma taxa de mortalidade materna global institucional de 340/100.000 nascidos vivos. Observando que este Hospital concentra 95% das mortes institucionais, a taxa de mortalidade materna para a cidade de Maputo durante aquele período foi calculada em 220 por cem mil nascidos vivos. A causa mais freqüente de mortalidade materna foi infecciosa (45%), seguida da hemorrágica (33%). As mortes relacionadas com aborto induzido representaram 25% das causas infecciosas diretas e indiretas e 16% da mortalidade materna direta (MACHUNGO, BUGALHO, GRANJA, 1994).

O presente código criminal em Moçambique, à semelhança do que se passa em outros países africanos, é herança do regime colonial. Esse código mantém-se inalterado, por razões diversas de estratégias governamentais (ONIONKA, 1978), o que equivale a dizer que é muito restritivo a respeito da interrupção da gravidez. As estratégias do governo, referidas acima, relacionam-se com a necessidade de equilíbrio em seu relacionamento com as religiões, principalmente a católica. Também, tal como acontece em outros países da região, apesar das leis restritivas e criminalizantes, poucas medidas têm sido tomadas contra as mulheres que provocam

aborto ou contra quem o faz, a não ser em algum caso envolvendo a mídia e a opinião pública (ROGO, 1990).

Nos primórdios de 1980, o Ministério da Saúde de Moçambique publicou um decreto que autorizava o aborto hospitalar nos casos de gravidez com dispositivo intrauterino (DIU) ou quando a saúde da mulher estivesse em perigo, remetendo a autorização para uma comissão hospitalar, que até hoje funciona. A atitude dos médicos no Hospital Central de Maputo, e pelo menos em mais três hospitais do país, é muito liberal, provendo o aborto a pedido sob termo de responsabilidade. No entanto, essa atitude não é difundida e a informação não chega aos locais mais pobres da cidade. De qualquer forma, o aborto é um assunto polêmico, que poucas pessoas desejam discutir, principalmente agora que o país saiu de um período de guerra civil, para a reconciliação e as primeiras eleições democráticas.

Durante o Seminário sobre Estratégias para Maternidade Segura, realizado em 1991 na República de Moçambique, o problema do aborto estava na agenda pela primeira vez. Embora isto tenha sido sem dúvida um avanço, havia uma clara ausência de definição, e os participantes foram cautelosos ou até mesmo contra a descriminalização do aborto. A atitude liberal dos médicos, consentida pelo Ministério de Saúde, situa-se num equilíbrio misto de coragem, precaução e resultados positivos, que tem guiado a conduta quanto à problemática do aborto, ao longo dos quatro

últimos anos. O Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Central de Maputo chegou a atender em torno de 1200 interrupções da gravidez por ano, sem que qualquer caso tenha envolvido litígio em tribunal, ou nos meios de comunicação social. No entanto, a atitude da instituição tem sido de que o oferecimento desse serviço não deve ser gratuito, com o fim de desencorajar o aborto como forma de controle de natalidade, estimulando a contracepção, pois múltiplos métodos são oferecidos gratuitamente pela rede do Serviço Nacional de Saúde.

Como era de se esperar, o Hospital Central de Maputo continua a ter admissões por aborto ilegal, embora em muito menor número. A impressão geral dos médicos é que os casos graves não são tão freqüentes como nos anos anteriores, nem tão clinicamente evidentes. Mas os casos que ainda se apresentam na maternidade são muitas vezes de grande gravidade e continuam sendo responsáveis por uma parte dos óbitos maternos.

Apesar de existir um objetivo claro de evitar complicações e reduzir a morbidade e mortalidade maternas, até agora não houve nenhuma tentativa de avaliação das diferenças, quanto às conseqüências para a saúde, do aborto hospitalar em comparação com o aborto clandestino. Também não tem havido estudos para caracterizar epidemiologicamente as mulheres que continuam-se provocando aborto fora do Hospital, comparando-as com aquelas que o solicitam na Instituição ou com as que têm parto. Estas

informações são necessárias para poder influenciar uma mudança e prevenir o aparecimento de tais casos.

Também interessa saber qual o peso financeiro para a instituição, do atendimento das doentes de aborto clandestino, em comparação com o fornecimento de um serviço para interrupção de gravidez. A avaliação dos custos sociais e pessoais do aborto ilegal em comparação com a interrupção médica da gravidez fornecerá informações para a tomada de decisões políticas em torno desse delicado problema. Essa avaliação foi uma das recomendações do Seminário sobre Maternidade Segura, como prioridade de pesquisa, o que nos motivou a realizar o estudo que se descreve nos capítulos seguintes.

## **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Identificar as características das mulheres que se internaram, por complicações de aborto clandestino, no Hospital Central de Maputo e avaliar o custo económico e para a saúde, dessa prática comparando-as com as mulheres que se internaram para aborto hospitalar ou parto.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar algumas características sócio-demográficas associadas com aborto clandestino, aborto hospitalar e parto.

Comparar o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais pelas mulheres com aborto clandestino, aborto hospitalar ou parto.

Avaliar os efeitos do aborto clandestino, aborto hospitalar ou parto sobre a saúde das mulheres.

Comparar os custos hospitalares do aborto clandestino, aborto hospitalar e parto.

## OBJETIVO A LONGO PRAZO

Fornecer subsídios que permitam prevenir as gravidezes indesejadas, bem como diminuir a morbi-mortalidade materna por aborto clandestino e seus custos no Hospital Central de Maputo.

## **SUJEITOS E MÉTODOS**

## SUJEITOS E MÉTODOS

### **Tipo de estudo**

O presente estudo pode ser dividido em duas partes e cada uma delas representa, de fato, um estudo independente. A primeira parte corresponde à abordagem da forma de término da gestação como variável dependente, estudando-se sua associação com diversas características sócio-demográficas e de saúde das mulheres. Esse corresponde ao desenho de um estudo caso-controle onde as características identificadas como tendo maior associação com o aborto clandestino representariam fatores de risco para sua ocorrência.

Já a segunda parte do estudo, em que a forma de término da gestação é uma variável independente e as dependentes são representadas pelos efeitos e custos imediatos do aborto clandestino, corresponde ao desenho de um estudo observacional analítico, prospectivo, comparando diferentes séries clínicas com o intuito de avaliar as consequências e custos do aborto clandestino.

### **Definição dos sujeitos**

Casos: mulheres internadas devido a complicações de um aborto clandestino. Foram incluídas aquelas cujo exame clínico mostrou evidência do aborto ter sido provocado: presença de corpos

estranhos na vagina (sondas, paus ou raízes de diversas plantas), trauma genital (roturas, feridas por permanganato de potássio, perfuração comprovada), ou confirmação de manobra quer por parte da paciente quer por parte de um acompanhante. Foram também aceitas como casos as mulheres em cuja ficha clínica constou o diagnóstico de aborto clandestino infectado com base em: temperatura sublingual mantida de 38 graus centígrados, mau cheiro, supuração vaginal ou cervical, e/ou outra evidência de infecção pélvica ou generalizada.

Controles: houve dois grupos de controles, um constituído por mulheres internadas por parto e outro para aborto hospitalar voluntário.

#### **Tamanho da amostra**

O tamanho da amostra foi calculado em 400 mulheres para cada grupo, seguindo o método de SCHLESSELMAN (1982), para estudo caso-controle não emparelhado. Para o cálculo foram utilizados resultados de um estudo piloto envolvendo 103 casos de aborto clandestino e 103 controles (mulheres com aborto hospitalar), considerando-se uma proporção de 78% de mulheres sem companheiro no grupo controle, com um risco relativo de 2,0 e erros alfa e beta de 5%. Esse procedimento foi repetido diversas vezes para diversas variáveis independentes e a descrita acima representa a que necessitava de um maior número de sujeitos por grupo.

Foram estudadas 400 mulheres admitidas no Serviço de Ginecologia do HCM por complicações de aborto clandestino; 416 mulheres que solicitaram e fizeram aborto hospitalar e 434 que tiveram parto normal na mesma instituição.

### **Seleção dos sujeitos**

Para se definir a forma de seleção dos sujeitos fez-se um levantamento do número de mulheres admitidas no HCM com complicações de aborto clandestino, para aborto hospitalar e parto nas duas primeiras semanas de janeiro de 1993. Verificou-se que, em média, 35 mulheres haviam sido internadas por dia, para parto e oito mulheres eram agendadas para os abortos hospitalares quatro vezes por semana, em dias alternados. Poucas mulheres estavam sendo internadas com complicações de aborto clandestino. Com base nessas informações, decidiu-se selecionar as mulheres de cada grupo da seguinte forma:

**Casos:** foram admitidas todas as mulheres que se enquadravam na definição estabelecida. Não foi feito sorteio devido ao reduzido número de internações de mulheres com aborto clandestino.

**Controles:** foram sorteados usando-se uma tabela de números aleatórios.

**Aborto hospitalar:** sorteavam-se quatro mulheres por dia, dentre as que estavam agendadas e submetiam-se ao aborto.

**Parto:** as mulheres eram sorteadas, diariamente, entre as que

tinham dado à luz no dia anterior. Em um dia selecionavam-se duas mulheres e no outro três, e assim sucessivamente.

### **Coleta de dados**

Os dados sobre as características das mulheres foram coletados através de entrevistas individuais, feitas no Hospital Central de Maputo. As entrevistadoras foram escolhidas entre as enfermeiras chefes de setores, já familiarizadas com inquéritos de pacientes incluídas em estudos anteriores. Além disto, elas conheciam alguns dos dialetos falados pelas pacientes, o que lhes permitiu comunicar-se com as que tinham dificuldade de entender e/ou se expressarem em português.

As entrevistadoras foram treinadas em técnicas de entrevista e coleta de dados. Receberam indicações estritas de contactar o investigador principal sempre que, no decurso do inquérito, houvesse alguma dúvida quanto à interpretação das respostas ou quanto aos critérios de inclusão de uma mulher em algum grupo.

Para o treinamento das entrevistadoras e durante a primeira quinzena de trabalho de campo contou-se com a assessoria de uma assistente de pesquisa (socióloga) do Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), que esteve em Maputo em janeiro e fevereiro de 1993 para esse trabalho.

Os dados foram coletados a partir de fevereiro de 1993, até outubro do mesmo ano. Essa etapa sofreu um atraso de três meses em relação ao cronograma previsto, porque até o final de julho o número de mulheres entrevistadas no grupo com aborto clandestino (casos) não havia atingido o tamanho da amostra.

### **Documentos**

Utilizou-se um **questionário** estruturado, com perguntas pré-codificadas e textuais, nas entrevistas para se obter informações sobre as características sócio-demográficas (Anexo 1). O mesmo foi pré-testado pelas entrevistadoras com pacientes internadas no Hospital Central de Maputo. Após o pré-teste fizeram-se as correções necessárias. O questionário esteve dividido em quatro seções: 1. Características; 2. Histórico de Gravidezes e Métodos Anticoncepcionais; 3. Aborto, 4. Parto Normal e Cesárea.

Para cada grupo de mulheres a ser entrevistado, afixou-se mensalmente um **calendário** no gabinete da enfermeira-chefe. Nele estava anotado o número de entrevistas a serem feitas a cada dia, e era registrado diariamente, no espaço correspondente, o número da paciente sorteada, conforme constava do livro de internações.

Com a intenção de padronizar os conceitos utilizados e as diferentes atividades do trabalho, elaborou-se três manuais: **da entrevistadora, de crítica e de codificação** (Anexos 2, 3 e 4).

O manual da entrevistadora teve por objetivo fornecer instruções básicas a serem seguidas pela entrevistadora. Servindo de guia para momentos de dúvida e/ou problemas que pudessem surgir no desenvolvimento do trabalho. Esse manual continha instruções sobre a seleção das mulheres a serem entrevistadas, técnica de entrevista, uma descrição geral do questionário e instruções específicas para cada seção.

O manual de crítica foi dirigido a quem fazia a revisão e correção dos questionários depois de preenchidos. Teve por objetivo instruir essa(s) pessoa(s) para detectar erros e inconsistências, como para sua correção. O manual continha informações sobre o objetivo de cada seção do questionário, de modo que na correção pudesse ser avaliado se as respostas anotadas eram satisfatórias ou necessitavam aprofundamento e/ou complemento.

Caso fosse necessário consultar a entrevistadora sobre algum problema e/ou dúvida no questionário, o número do questionário era anotado em uma folha de revisão, na qual se registrava o número da pergunta com problema. Essa folha era, então, grampeada ao questionário, o qual era devolvido à entrevistadora, que deveria solucionar o problema e devolver o questionário ao coordenador.

Utilizou-se também um manual de codificação com instruções para a digitação das respostas pré-codificadas e textuais, que possibilitou a digitação diretamente do questionário. Além disso,

para as respostas textuais, o manual apresentava os códigos preparados com base numa amostra das respostas dadas pelas mulheres.

### **Processamento e análise dos dados**

Para as etapas de processamento e análise dos dados a pesquisa recebeu mais uma vez a assessoria da socióloga do CEMICAMP, que esteve em Maputo durante o mês de novembro de 1993.

O programa para a entrada dos dados bem como a digitação foram feitos no módulo DE ("data entry") do SPSS-PC+ ("Statistical Package for Social Sciences). A digitação dos dados foi feita duas vezes, em ocasiões diferentes e por pessoas distintas, para se detectar possíveis erros. A análise de frequências das diferentes variáveis permitiu identificar e corrigir erros restantes do preenchimento inadequado do questionário (erros lógicos) e de digitação equivocada.

Corrigidos todos os erros encontrados, foram obtidas as frequências de todas as variáveis, e elaboradas as tabelas. Os testes estatísticos foram utilizados de acordo com as características das variáveis estudadas. O teste de qui-quadrado foi utilizado para tabelas de contingência, tendo sido também utilizado o teste "t" de Student para diferenças de médias e no caso de frequências nas caselas inferiores a cinco, usou-se o teste exato de FISHER (ARMITAGE, 1974). Esta alternativa era executada

automaticamente pelo programa de estatística. Consideram-se significativas apenas as diferenças em que o valor de p foi menor de 0,05.

Na primeira parte do estudo, a forma como a gravidez terminou - aborto clandestino, aborto hospitalar ou parto a termo - foi tratada como variável dependente. As variáveis independentes incluíram, entre outras, idade, história reprodutiva, escolaridade, religião, dialeto, trabalho, estado marital, histórico de gravidezes, conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais, tempo de moradia em Maputo, bairro, tipo de habitação, número de cômodos da habitação e número de pessoas que viviam na mesma casa.

Na segunda parte, a forma de término da gravidez foi tratada como variável independente para se estudar a associação com: complicações pós-aborto, tempo de permanência no hospital, uso de transfusões, antibióticos, outros tratamentos e custos para o hospital. Os custos econômicos foram medidos por: dias de internação, tempo de uso do centro cirúrgico, medicamentos e unidades de sangue e derivados usados, salários de pessoal e despesas de administração em geral.

#### **Cálculo dos custos**

Neste estudo, para os cálculos de custos, utilizou-se um formulário desenvolvido pelo IPAS (Johnson et al, 1993) e apresentado no anexo 5. Procedeu-se da seguinte forma: fizeram-se

cálculos de gastos para cada rubrica orçamentária, envolvendo gastos materiais, consumo corrente e salários, tendo a administração do Hospital Central de Maputo elaborado para isso uma tabela de orçamento atualizada para 1994.

Consultaram-se as notas fiscais recebidas na farmácia; essas foram confrontadas com a informação da empresa distribuidora e o serviço farmacêutico nacional. O material médico e cirúrgico é distribuído pelos armazéns centrais e controlado pelo patrimônio central. As notas fiscais foram conferidas nesses locais. Os preços de medicamentos foram aferidos por informações de três diferentes origens. No cálculo dos custos incluíram-se também os valores atualizados das diversas rubricas do orçamento, que foram sendo corrigidas conforme as necessidades. Não foram incluídos cálculos de amortização dos edifícios, embora estejam incluídos os valores de sua manutenção. Não foram incluídos também nos custos as doações de materiais descartáveis, por não haver nenhuma referência quanto aos seus custos.

Os prontuários das pacientes serviram para a coleta de dados sobre as entidades nosológicas e sua evolução, intervenções, uso de técnicas especializadas, consumo de antibióticos, soros ou sangue, e interconsultas feitas com outros departamentos. Os resumos e cálculos no âmbito do orçamento foram conferidos e atualizados pelo valor mais recente do câmbio oficial do dólar americano, para poder apresentar os resultados nessa moeda.



## **RESULTADOS**

## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas seções. Na primeira comparam-se as características das mulheres segundo a forma de término da gestação. Na segunda comparam-se as conseqüências, complicações e custos das três formas de termo da gestação.

### COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS TRÊS GRUPOS

#### Idade

As mulheres no grupo com aborto clandestino (AC) eram significativamente mais jovens do que as mulheres dos outros dois grupos. A proporção de mulheres com menos de 20 anos no primeiro grupo foi três vezes maior que no grupo com aborto hospitalar (AH) e mais que o dobro das que tiveram parto (P) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição porcentual das mulheres segundo da idade e forma de término da gravidez

| Idade (anos) | Forma de término da gravidez |                    |                    | ACxAH*<br>p< | ACxP*<br>p< |
|--------------|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|-------------|
|              | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar  | Parto              |              |             |
| 13-19        | 44,3                         | 14,5               | 18,9               | 0,01         | 0,01        |
| 20-29        | 43,6                         | 59,9               | 48,4               | 0,01         | 0,05        |
| 30 e mais    | 12,1                         | 25,6               | 32,7               | 0,01         | 0,01        |
| (N)          | 394 <sup>(1)</sup>           | 414 <sup>(1)</sup> | 417 <sup>(1)</sup> |              |             |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

(1) Sem informação de 6, 2 e 17 mulheres nos grupos AC, AH e P respectivamente

No outro extremo de idade, a proporção de mulheres de 30 anos ou mais com aborto clandestino foi a metade daquela observada no grupo com aborto hospitalar, e quase um terço das mulheres que tiveram parto (Tabela 1).

### **História reprodutiva**

No grupo com aborto clandestino metade das mulheres nunca tinha estado grávida, enquanto esta proporção foi de 29% e 25% nos grupos com aborto hospitalar e parto, sendo as diferenças significativas (Tabela 2A).

Por outro lado, a proporção de mulheres com mais de três gestações foi significativamente menor no grupo com aborto clandestino. As mulheres do grupo com aborto clandestino haviam tido significativamente menos abortos do que qualquer dos outros dois grupos estudados. Apenas uma de cada dez mulheres no grupo com aborto clandestino tinha história de um ou mais abortos comparadas com 20% das mulheres do grupo de parto e um terço daquelas no grupo com aborto hospitalar (Tabela 2A)

Tabela 2A - Distribuição percentual das mulheres, segundo história reprodutiva e forma de término da gravidez

| História reprodutiva | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p< | ACxP*<br>p< |
|----------------------|------------------------------|-------------------|-------|--------------|-------------|
|                      | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |              |             |
| <b>Gestações</b>     |                              |                   |       |              |             |
| 0                    | 49,5                         | 29,3              | 25,1  | 0,01         | 0,01        |
| 1 - 3                | 37,0                         | 50,0              | 39,6  | 0,01         | NS          |
| 4 ou mais            | 13,5                         | 20,7              | 35,3  | 0,05         | 0,01        |
| <b>Abortos</b>       |                              |                   |       |              |             |
| 0                    | 89,8                         | 67,1              | 79,3  | 0,01         | 0,01        |
| 1                    | 8,8                          | 26,0              | 12,9  | 0,01         | 0,01        |
| 2 ou mais            | 1,4                          | 6,9               | 7,9   | 0,01         | 0,01        |
| (N)                  | 400                          | 416               | 434   |              |             |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

Tabela 2B - Distribuição percentual das mulheres, segundo número de filhos anteriores e forma de término da gravidez

| Filhos vivos | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p< | ACxP*<br>p< |
|--------------|------------------------------|-------------------|-------|--------------|-------------|
|              | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |              |             |
| 0            | 53,1                         | 39,4              | 30,6  | 0,01         | 0,01        |
| 1 - 2        | 28,5                         | 38,0              | 30,9  | 0,01         | NS          |
| 3 ou mais    | 18,5                         | 22,6              | 38,5  | NS           | 0,01        |
| (N)          | 400                          | 416               | 434   |              |             |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

O grupo com aborto clandestino tinha menos filhos vivos que o grupo com aborto hospitalar. Em relação ao grupo com parto, a diferença foi ainda maior. A porcentagem de mulheres com 3 ou mais

filhos vivos foi duas vezes menor no grupo de aborto clandestino que no grupo com parto (Tabela 2B).

### Características sociais

O grupo com aborto clandestino foi o que teve menor proporção de mulheres casadas, sendo esta diferença significativa em relação aos outros grupos. Apenas 25% das mulheres do grupo com aborto clandestino referiram viver com um parceiro, em comparação com dois quintos no grupo com aborto hospitalar e quase 80% no grupo com parto (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentagem de mulheres casadas e de mulheres que viviam com um parceiro, segundo forma de término da gravidez

| Estado marital    | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|-------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                   | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Casada            | 26,8                         | 40,4              | 69,4  | 0,01          | 0,01         |
| Vive com parceiro | 25,5                         | 42,3              | 78,6  | 0,01          | 0,01         |
| Solteiras         | 74,5                         | 57,7              | 21,4  | 0,01          | 0,01         |
| (N)               | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

No grupo com aborto clandestino, a porcentagem de mulheres que freqüentou a escola, ou que sabia ler e escrever, foi significativamente menor que no grupo com aborto hospitalar, mas significativamente maior que no grupo com parto. A porcentagem de mulheres que haviam freqüentado curso médio ou superior foi

praticamente igual nos grupos com aborto clandestino e com parto, mas foi seis vezes maior no grupo com aborto hospitalar em relação aos outros (Tabela 4).

Tabela 4 - Porcentagem de mulheres que frequentaram a escola, com curso médio ou superior e alfabetizadas, segundo forma de término da gravidez

| Escolaridade            | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|-------------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                         | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Frequentou a escola     | 90,3                         | 97,1              | 80,4  | 0,01          | 0,01         |
| Curso médio ou superior | 4,6                          | 25,7              | 4,4   | 0,01          | NS           |
| Sabe ler e escrever     | 83,0                         | 97,6              | 74,0  | 0,01          | 0,01         |
| (N)                     | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

Ao analisar o local de nascimento, verificou-se que os grupos com aborto clandestino ou hospitalar foram semelhantes, diferindo significativamente do grupo com parto no qual havia mais mulheres nascidas fora de Maputo, a capital do país (Tabela 5).

A proporção de mulheres no grupo com aborto clandestino que eram migrantes recentes em Maputo foi duas vezes maior que no grupo com aborto hospitalar, mas semelhante à do grupo com parto. Não houve diferença estatística entre os grupos com aborto clandestino e parto quanto à percentagem de população não negra, mas no grupo

com aborto hospitalar a percentagem de população não negra foi seis vezes maior que no grupo com aborto clandestino, sendo esta diferença significativa (Tabela 5).

Tabela 5 - Percentagem de mulheres que nasceram em Maputo, migrantes recentes e de raça não-negra, segundo forma de término da gravidez

| Indicador                      | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                                | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Nasceu em Maputo               | 58,3                         | 52,6              | 40,3  | NS            | 0,01         |
| Migrante recente ( até 3 anos) | 9,8                          | 4,8               | 11,0  | 0,01          | NS           |
| Não negra                      | 2,8                          | 19,5              | 3,9   | 0,01          | NS           |
| (N)                            | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

### Religião

Uma percentagem significativamente maior de mulheres com aborto clandestino admitiu não professar qualquer religião, quando comparadas com os outros dois grupos. A percentagem de católicas no grupo com aborto hospitalar e de protestantes no grupo com parto foi significativamente maior que nos outros grupos (Tabela 6).

O grupo com aborto clandestino foi semelhante ao grupo com parto, mas significativamente diferente do grupo com aborto hospitalar, quanto à prática de outras religiões que incluíam aquelas de carácter animístico local, Zione, Testemunhas de Jeová, Doze Apóstolos, etc. A freqüência ao culto foi significativamente menor no grupo com aborto clandestino em relação aos dois outros (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição porcentual das mulheres segundo religião declarada, e porcentagem com assistência semanal ao culto, segundo forma de término da gravidez

| Religião              | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                       | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Nenhuma               | 24,3                         | 14,4              | 17,5  | 0,01          | 0,01         |
| Católica              | 28,3                         | 52,4              | 20,5  | 0,01          | 0,05         |
| Muçulmana             | 3,8                          | 9,7               | 3,4   | 0,01          | NS           |
| Cristã<br>Protestante | 27,3                         | 22,1              | 41,5  | 0,05          | 0,01         |
| Outra                 | 16,3                         | 1,4               | 17,1  | 0,01          | NS           |
| Culto<br>semanal      | 46,2                         | 69,4              | 72,6  | 0,01          | 0,01         |
| (N)                   | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

## Habitação

Todos os indicadores do nível de habitação foram significativamente piores no grupo com aborto clandestino, quando comparados com o grupo com aborto hospitalar, mas significativamente melhores em comparação com o grupo com parto. A única exceção foi o material de construção, em que não houve diferença entre o grupo com aborto clandestino e o com parto (Tabela 7).

Tabela 7 - Características da moradia, segundo forma de término da gravidez (em percentagem)

| Características       | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP**<br>p < |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|---------------|
|                       | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |               |
| Bairros pobres        | 65,5                         | 29,8              | 74,0  | 0,01          | 0,05          |
| Material precário     | 38,3                         | 7,2               | 42,2  | 0,01          | NS            |
| Banheiro fora de casa | 62,3                         | 20,0              | 75,8  | 0,01          | 0,01          |
| Sem eletricidade      | 43,0                         | 7,5               | 56,7  | 0,01          | 0,05          |
| Sem água encanada     | 47,5                         | 13,7              | 68,9  | 0,01          | 0,01          |
| (N)                   | 400                          | 416               | 434   |               |               |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

As diferenças foram mais marcantes quando comparou-se os dois grupos com aborto. Morar em habitação de material precário e não ter eletricidade foi cinco vezes mais freqüente no grupo com aborto

clandestino que no grupo com aborto hospitalar. Do mesmo modo, ter o banheiro fora de casa e não possuir água encanada, foi observado numa proporção três vezes maior no grupo com aborto clandestino em relação ao grupo com aborto hospitalar (Tabela 7). A média de cômodos nas casas das mulheres com aborto clandestino (4,1) foi significativamente menor que nas casas das mulheres com aborto hospitalar (5,6). Mas foi significativamente maior quando comparada às casas das mulheres com parto (3,6).

### **Trabalho**

As mulheres do grupo com aborto clandestino trabalhavam numa proporção equivalente à metade das mulheres com aborto hospitalar e semelhante à das mulheres com parto. As diferenças entre os grupos com aborto mantiveram-se no que se referiu à porcentagem das que tinham rendimento regular (Tabela 8).

A média de pessoas de cada casa que trabalhavam foi muito semelhante nos três grupos. Mesmo assim, a porcentagem de mulheres que tinham o parceiro desempregado foi quase três vezes maior no grupo com aborto clandestino em relação ao grupo com aborto hospitalar, e foi também significativamente mais elevada que no grupo com parto (Tabela 8).

Tabela 8 - Situação de trabalho, segundo forma de término da gravidez (porcentagens e média)

| Situação de trabalho           | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p< | ACxP*<br>p< |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------|-------|--------------|-------------|
|                                | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |              |             |
| Trabalhavam (%)                | 19,3                         | 39,2              | 20,0  | 0,01         | NS          |
| Rendimento regular (%)         | 19,2                         | 39,2              | 20,0  | 0,01         | NS          |
| Parceiros desempregados (%)    | 7,8                          | 2,9               | 5,3   | 0,01         | 0,05        |
| Trabalhadores por casa (média) | 1,6                          | 1,8               | 1,6   | NS           | NS          |
| (N)                            | 102                          | 176               | 341   |              |             |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

#### Métodos anticoncepcionais

Inicialmente perguntou-se às mulheres quais métodos anticoncepcionais conheciam. Em seguida, para cada método não referido espontaneamente, indagou-se se elas o conheciam. Os métodos mais conhecidos nos três grupos foram a pílula, o injetável e o dispositivo intrauterino (DIU). Embora uma porcentagem elevada de mulheres no grupo com aborto clandestino tivesse conhecimento de métodos anticoncepcionais, essa porcentagem foi significativamente menor que no grupo com aborto hospitalar exceto no caso da categoria "outro" método.

As diferenças percentuais foram maiores para aqueles métodos não incluídos entre os três mais conhecidos (Tabela 9).

Tabela 9 - Métodos anticoncepcionais conhecidos, referidos espontaneamente ou pós-estímulo, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem)

| Métodos            | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|--------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                    | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Pílula             | 95,0                         | 99,5              | 95,4  | 0,05          | NS           |
| DIU                | 93,3                         | 99,3              | 94,5  | 0,01          | NS           |
| Injeção            | 92,6                         | 97,6              | 94,9  | 0,05          | NS           |
| Condom             | 73,3                         | 96,9              | 80,6  | 0,01          | 0,05         |
| Laqueadura         | 31,8                         | 78,1              | 75,1  | 0,01          | 0,01         |
| Tabela             | 35,8                         | 60,8              | 17,5  | 0,01          | 0,01         |
| Coito interrompido | 11,3                         | 48,3              | 22,8  | 0,01          | 0,01         |
| Outro              | 18,3                         | 5,3               | 17,5  | 0,01          | NS           |
| Nenhum             | 4,3                          | 0,2               | 3,2   | 0,05          | NS           |
| (N)                | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

O grupo de mulheres com parto mostrou maior conhecimento de condom, laqueadura e coito interrompido, e menor conhecimento da tabela, que o grupo com aborto clandestino. O grupo com aborto clandestino apresentou uma proporção de conhecimento de coito interrompido quatro vezes menor que o grupo com aborto hospitalar e duas vezes menor em relação às mulheres com parto.

Tabela 10 - Métodos anticoncepcionais já usados, segundo a forma de término da gravidez (em porcentagem)

| Métodos            | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p< | ACxP*<br>p< |
|--------------------|------------------------------|-------------------|-------|--------------|-------------|
|                    | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |              |             |
| Pílula             | 31,0                         | 57,7              | 22,8  | 0,01         | 0,01        |
| Tabela             | 14,8                         | 30,8              | 4,0   | 0,01         | 0,01        |
| Injeção            | 8,8                          | 21,6              | 20,0  | 0,01         | 0,01        |
| DIU                | 9,5                          | 27,4              | 11,1  | 0,01         | NS          |
| Condom             | 6,5                          | 23,8              | 6,2   | 0,01         | NS          |
| Coito interrompido | 1,3                          | 7,9               | 2,1   | 0,01         | NS          |
| Laqueadura         | 0,3                          | 0,2               | 0,2   | NS           | NS          |
| Outro              | 7,5                          | 1,7               | 2,1   | 0,01         | 0,01        |
| Nenhum             | 5,5                          | 2,4               | 9,7   | 0,01         | 0,05        |
| (N)                | 400                          | 416               | 434   |              |             |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

Em geral, as mulheres com aborto clandestino referiram uso de contraceptivos em proporções significativamente inferiores às do grupo com aborto hospitalar. Quanto à utilização de pílula e tabela, o grupo com aborto clandestino apresentou maior utilização que o grupo com parto, mas inferior em relação ao grupo com aborto hospitalar. A utilização de condom foi semelhante nos grupos com aborto clandestino e com parto e quatro vezes maior no grupo com aborto hospitalar (Tabela 10).

A categoria "outro", composta principalmente de métodos folclóricos e pouco eficazes, foi a única em que se observou uma proporção significativamente maior de usuárias entre as mulheres com aborto clandestino em comparação com os outros dois grupos (Tabela 10).

Quando inquiridas sobre os métodos que estavam utilizando antes desta gravidez recém terminada, metade das mulheres do grupo com aborto clandestino não estava usando qualquer método, o que contrasta com o grupo com aborto hospitalar em que apenas um quarto referiu não estar utilizando contraceptivos, enquanto dois terços das mulheres com parto não utilizavam qualquer método (Tabela 11).

Tabela 11 - Métodos anticoncepcionais usados antes de engravidar, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem)

| Métodos            | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|--------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                    | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Pílula             | 20,9                         | 34,0              | 9,8   | 0,001         | 0,01         |
| Tabela             | 12,3                         | 21,9              | 3,6   | 0,01          | 0,01         |
| Injeção            | 5,5                          | 6,5               | 11,9  | NS            | 0,01         |
| DIU                | 4,2                          | 5,8               | 4,8   | NS            | NS           |
| Condom             | 1,8                          | 4,6               | 1,4   | 0,05          | NS           |
| Coito interrompido | 0,5                          | 1,4               | 0,0   | NS            | NS           |
| Outro              | 5,7                          | 1,2               | 1,4   | 0,05          | 0,05         |
| Nenhum             | 49,1                         | 24,6              | 67,1  | 0,01          | 0,01         |
| (N)#               | 383                          | 415               | 420   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

#Exclui as mulheres que declararam não conhecer qualquer método.

Entre as mulheres que referiram ter utilizado algum método, o mais freqüente nos grupos com aborto foi a pílula, com menor proporção no grupo com aborto clandestino e ainda menor no grupo com parto. Neste último grupo, o método mais utilizado foi o injetável, com porcentagem de uso duas vezes superior à verificada nos outros dois grupos. Nos grupos com aborto uma proporção razoável de mulheres referiu ter utilizado a tabela, que foi o segundo método mais usado por estes grupos (Tabela 11).

#### **Tipo de relacionamento**

A gravidez aconteceu dentro de um casamento em apenas uma de cada cinco mulheres no grupo com aborto clandestino. Esta proporção foi duas vezes superior no grupo com aborto hospitalar e quatro vezes maior no grupo com parto. A gravidez resultou de um relacionamento ocasional (caso) em dois quintos das mulheres no grupo com aborto clandestino, proporção que foi três vezes menor nos outros grupos estudados (Tabela 12).

Tabela 12 - Tipo de relacionamento do qual surgiu a gravidez e desejo de engravidar, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem)

| Categoria            | Forma de término da gravidez |                   |       | ACxAH*<br>p< | ACxP*<br>p< |
|----------------------|------------------------------|-------------------|-------|--------------|-------------|
|                      | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |              |             |
| Casamento            | 19,5                         | 42,5              | 77,9  | 0,01         | 0,01        |
| Namoro               | 38,7                         | 42,8              | 10,1  | 0,05         | 0,01        |
| Caso                 | 41,8                         | 14,7              | 12,0  | 0,01         | 0,01        |
| Desejo de engravidar | 1,1                          | 8,8               | 68,3  | 0,01         | 0,01        |
| (N)                  | 400                          | 416               | 434   |              |             |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

A porcentagem de gravidezes resultantes de namoro foi semelhante nos dois grupos com aborto, e quatro vezes menor que no grupo com parto. Apenas 1% das mulheres do grupo com aborto clandestino afirmaram que queriam engravidar. Esta proporção foi oito vezes maior no grupo com aborto hospitalar, e mais de 60 vezes superior no grupo com parto (Tabela 12).

## COMPLICAÇÕES, CONSUMOS E CUSTOS.

### Complicações

O grupo com aborto clandestino foi o que apresentou maior número de complicações e mais graves, tendo-se registrado quatro óbitos maternos entre essas mulheres, não ocorrendo nenhuma morte entre as demais (Tabela 13a).

O diagnóstico de anemia aguda esteve presente em 15% das mulheres com aborto clandestino, o que representou um valor quatro vezes maior do que o verificado no grupo com parto, enquanto essa complicação não esteve presente no grupo com aborto hospitalar. Quase a metade das mulheres com aborto clandestino (46,3%) apresentaram morbidade febril, que foi de 20 a 30 vezes maior que a observada nos outros dois grupos (Tabela 13a). Cerca da metade das mulheres com aborto clandestino e que tiveram morbidade febril, apresentaram também diagnóstico de pelviperitonite.

Tabela 13a - Complicações do aborto, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem)

| Complicações    | Forma de término da gravidez |                   |       | ACXAH*<br>p < | ACXP*<br>p < |
|-----------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                 | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Anemia aguda    | 15,5                         | 0,0               | 4,6   | 0,001         | 0,001        |
| Febre 24 horas  | 46,3                         | 1,4               | 2,5   | 0,001         | 0,001        |
| Pelviperitonite | 21,8                         | 0,0               | 0,0   | 0,001         | 0,001        |
| Peritonite      | 6,8                          | 0,0               | 0,0   | 0,001         | 0,001        |
| Óbitos          | 1,0                          | 0,0               | 0,0   | 0,5           | 0,05         |
| (N)             | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

Tabela 13b - Intervenções relacionadas com peritonite, segundo forma de término da gravidez (em porcentagem)

| Intervenções            | Forma de término da gravidez |                   |       | ACXAH*<br>p < | ACXP*<br>p < |
|-------------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                         | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Drenagem simples        | 2,8                          | 0,0               | 0,0   | 0,001         | 0,01         |
| Histerectomia           | 4,0                          | 0,0               | 0,0   | 0,001         | 0,001        |
| Abscesso subfrênico     | 0,5                          | 0,0               | 0,0   | NS            | NS           |
| Reoperada de peritonite | 1,3                          | 0,0               | 0,0   | 0,05          | 0,05         |
| (N)                     | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

Somente no grupo com aborto clandestino houve mulheres que apresentaram pelviperitonite e peritonite, 21,8% e 6,8%, respectivamente (Tabela 13a). Das 27 mulheres que tiveram peritonite, 11 fizeram apenas uma drenagem simples e em 16 casos o tratamento envolveu a remoção do útero como foco de infecção (Tabela 13b). Em sete dos casos de peritonite, foi necessário reoperar para nova drenagem (cinco), ou para resolver casos que desenvolveram um abscesso subfrênico no pós-operatório (duas). Os quatro casos de morte verificaram-se neste grupo de reoperadas. No grupo com aborto hospitalar, duas mulheres fizeram uma laparoscopia no pós-operatório imediato para descartar a hipótese de uma perfuração uterina, que não se confirmou em ambos os casos.

### **Consumos hospitalares**

O consumo de piso de sala operatória por doente foi três vezes superior no grupo com aborto clandestino, mesmo considerando que todas as mulheres do grupo com aborto hospitalar foram à sala de operações para dilatação e aspiração (Tabela 14).

O tempo médio de permanência no Hospital Central de Maputo do grupo com aborto clandestino foi 12 vezes superior ao do grupo com aborto hospitalar que, em média, ficou apenas algumas horas usando as instalações para internamento. Enquanto as mulheres com aborto clandestino ficaram internadas, cinco dias e meio em média, as mulheres do grupo com parto tiveram uma média de internação de dois dias (Tabela 14).

Tabela 14 - Indicadores de consumo de recursos hospitalares, segundo forma de término da gravidez (unidades mencionadas em cada item)

| Indicadores de consumo      | Forma de término da gravidez |                   |       | ACXAH*<br>p < | ACXP*<br>p < |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-------|---------------|--------------|
|                             | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto |               |              |
| Centro cirúrgico (horas)    | 102                          | 120               | 1     | NS            | 0,01         |
| Dias de permanência (média) | 5,5                          | 0,35              | 2     | 0,001         | 0,01         |
| Transfusões UI ???          | 78                           | 5                 | 15    | 0,001         | 0,001        |
| Antibióticos                |                              |                   |       |               |              |
| Penicilina (milhões UI)     | 1600                         | 12                | 36    | 0,001         | 0,001        |
| Ampicilina (gramas)         | 880                          | 28                | 16    | 0,001         | 0,001        |
| Metronidazol (500 mg IV)    | 300                          | -                 | -     | 0,01          | 0,01         |
| Kanamicina (gramas)         | 450                          | 8                 | 6     | 0,001         | 0,001        |
| Cefalosporina (gramas)      | 400                          | -                 | -     | 0,001         | 0,001        |
| Laboratório:                |                              |                   |       |               |              |
| Hemograma                   | 600                          | 450               | 45    | 0,05          | 0,01         |
| Urina II                    | 550                          | 58                | 20    | 0,01          | 0,01         |
| Bioquímica                  | 720                          | 30                | 15    | 0,01          | 0,01         |
| Soros (litros)              | 756                          | 420               | 50    | 0,05          | 0,01         |
| Tomografia                  | 5                            | -                 | -     |               |              |
| (N)                         | 400                          | 416               | 434   |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

O consumo de unidades de sangue no grupo com aborto clandestino foi 15 vezes superior ao registrado no grupo com aborto hospitalar, e cinco vezes maior que no grupo com parto. Toda a linha de antibióticos gastos, principalmente aqueles que estão sob proteção administrativa de um chefe de clínica devido aos custos elevados (Cefalosporina, Metronidazol), foi consumida em quantidades significativamente maiores pelo grupo com aborto clandestino. O mesmo se passou com a realização de análises laboratoriais e infusões (Tabela 14).

#### **Custos hospitalares**

Os custos hospitalares foram determinados principalmente pelo tempo de permanência, consumo de antibióticos de segunda e terceira geração e infusões. Para todos os indicadores estudados os gastos totais e por doente foram várias vezes superiores no grupo com aborto clandestino (Tabela 15).

A média de gastos por doente no grupo com aborto clandestino foi nove vezes superior do que no grupo com aborto hospitalar, e cinco vezes maior que no atendimento a um parto normal. O preço do parto foi influenciado principalmente pelo tempo de internação, bastante superior ao verificado para aborto hospitalar (Tabela 15).

Tabela 15 - Custo total e para cada indicador de consumo, e custo médio por paciente, segundo forma de término da gravidez (em dólares americanos).

| Indicadores de consumo | Forma de término da gravidez |                   |              | ACxAH*<br>p < | ACxP*<br>p < |
|------------------------|------------------------------|-------------------|--------------|---------------|--------------|
|                        | Aborto clandestino           | Aborto hospitalar | Parto        |               |              |
| Piso de sala#          | 1.224                        | 1.440             | 12           | NS            | 0,001        |
| Internamento           | 18.700                       | 1.237             | 7.378        | 0,001         | 0,001        |
| Transfusões            | 312                          | 32                | 60           | 0,001         | 0,01         |
| Penicilina             | 1.200                        | 30                | 60           | 0,001         | 0,001        |
| Ampicilina             | 1.056                        | 33                | 19           | 0,001         | 0,001        |
| Metronidazol           | 1.200                        | -                 | -            |               |              |
| Kanamicina             | 1.350                        | 24                | 18           | 0,001         | 0,001        |
| Cefalosporina          | 8.000                        | -                 | -            |               |              |
| Laboratório            | 3.700                        | 689               | 236          | 0,01          | 0,01         |
| Soros                  | 2.646                        | 1.470             | 175          | 0,05          | 0,01         |
| Tomografia             | 500                          | -                 | -            |               |              |
| <b>Total</b>           | <b>39.888</b>                | <b>4.955</b>      | <b>7.958</b> | <b>0,01</b>   | <b>0,01</b>  |
| Custos por paciente    | 99,7                         | 11,9              | 18,3         | 0,01          | 0,01         |
| ((N)                   | 400                          | 416               | 434          |               |              |

\* AC = Aborto clandestino, AH = Aborto hospitalar e P = Parto

# Piso de sala refere-se exclusivamente a sala de operações e não inclui sala de partos.

## **DISCUSSÃO**

## DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa mostram que o grupo de mulheres que continua recorrendo ao aborto clandestino na cidade de Maputo era muito diferente daquele que solicitou a interrupção da gravidez dentro do Hospital. Além disso, verificou-se que as mulheres do grupo de aborto clandestino foram também diferentes daquelas que levavam a gravidez a termo e chegavam ao Hospital para ganhar um filho.

Como os três grupos são muito distintos, discutiremos inicialmente as diferenças entre os dois grupos com aborto e, em seguida, as características que distinguem as que tiveram aborto clandestino daquelas que tiveram parto.

As mulheres com aborto clandestino eram, em geral, mais jovens e tiveram menos gestações, menos abortos e filhos vivos que as com aborto hospitalar. Essas características das mulheres com aborto clandestino coincidem com os achados de outros autores em pesquisas realizadas na África (LEMA, KAMAL, ROGO, 1989; UHJA, 1991). Elas são diferentes, entretanto, de achados em Zimbábue e Tunísia onde as mulheres que abortaram tinham mais idade e maior número de filhos, talvez porque nesses países exista um maior controle governamental ou religioso do aborto (Sundstrom, 1994).

Na Tunísia, onde a sociedade é tradicionalista, 53% das mulheres que procuraram aborto tinham 4 ou mais filhos e apenas 3% tinham abaixo de 20 anos (TIETZE & HENSHAW, 1986). Na América Latina os registros apontam para o aborto induzido ser procurado mais por mulheres casadas, urbanas, com três filhos ou mais, tendo 10 a 15% dos casos abaixo de 20 anos, quando os estudos baseiam-se em registros hospitalares (SINGH & WULF, 1991). Num estudo fora do hospital, numa população universitária brasileira, a idade ao primeiro aborto clandestino foi abaixo dos 20 anos em 38% das alunas e em apenas 7% das funcionárias (HARDY, REBELLO, FAÚNDES, 1993).

A diferença no estado marital também foi grande, e pode-se explicar parcialmente pela menor idade do grupo com aborto clandestino, além de ser outra manifestação da grande distância sócio-econômica que se observou entre esses dois grupos. Essa diferença sócio-econômica é justamente a principal característica que separa o grupo que procurou o aborto hospitalar do grupo com aborto clandestino. Este último tinha menor educação, raramente atingiu educação média ou superior, era com maior frequência de raça negra, migrante recente e morava em bairros pobres, em construções precárias, sem banheiro dentro de casa, sem eletricidade nem água encanada.

Essas diferenças, entretanto, não levaram aparentemente a uma grande desvantagem quanto à falta de conhecimento sobre

anticoncepção, já que a grande maioria (95,7%) das mulheres com aborto clandestino declarou conhecer algum método anticoncepcional, apesar de apresentar menor conhecimento de todos os métodos do que o grupo com aborto hospitalar. As desvantagens do primeiro grupo são melhor observadas quanto ao uso de métodos anticoncepcionais alguma vez ou antes da última gestação. Menos mulheres com aborto clandestino tinham usado métodos em geral, e a metade delas não usava antes desta gravidez, comparada com quase a quarta parte no grupo com aborto hospitalar.

Este menor uso explica-se em parte porque a maioria das gestações no grupo com aborto clandestino ocorreu fora do casamento e dois quintos surgiram de relação ocasional, enquanto apenas uma de cada sete gravidezes no grupo com aborto hospitalar resultou de relacionamento esporádico.

A situação desvantajosa do grupo com aborto clandestino em relação ao com aborto hospitalar espessa-se também nas enormes diferenças observadas quanto a emprego e rendimento regular, tanto das próprias mulheres como de seus parceiros.

Por último, as mulheres com aborto clandestino eram mais frequentemente sem religião, cristãs protestantes ou professavam religiões locais, e com menor frequência assistiam a cultos semanais. Por outro lado, as mulheres com aborto hospitalar eram católicas em proporção quase duas vezes maior que no outro grupo.

Aparentemente essas diferenças são apenas reflexos das outras características sociais de ambos grupos e da etnia não-negra, dez vezes mais freqüente no grupo hospitalar, assim como da menor proporção de migrantes recentes neste mesmo grupo.

Poder-se-ia resumir dizendo que as mulheres que continuam provocando os abortos clandestinamente em lugar de solicitarem atendimento hospitalar na cidade de Maputo, caracterizam-se por serem mais jovens, sem parceiro fixo, com menor nível sócio-econômico, morando em bairros pobres, com menos emprego próprio e de seus parceiros, de raça negra, muitas vezes migrantes recentes, que conheciam e usavam menos métodos anticoncepcionais de maior eficácia e que engravidaram fora de uma relação estável.

Ao analisar as diferenças entre as mulheres com aborto clandestino e aquelas que tiveram parto, verificamos que as características que as distinguem são muito diferentes das observadas na comparação com o grupo de aborto hospitalar.

Todas as variáveis estudadas mostram que o grupo com parto assemelhou-se mais ao grupo de aborto clandestino, mas apresentou situação sócio-econômica um pouco mais desvantajosa: uma menor porcentagem das mulheres era alfabetizada, as suas residências eram mais precárias e localizadas com maior freqüência em bairros pobres. Entretanto, os dois grupos não foram diferentes quanto à

proporção com curso médio ou superior, raça, migração recente, trabalho das mulheres e número de trabalhadores em casa.

Chama a atenção o maior conhecimento de métodos anticoncepcionais no grupo com parto, considerando que apresentou menor nível de instrução que o grupo de aborto clandestino.

Se as diferenças sócio-econômicas não foram marcantes, sim o foram quanto à idade e, conseqüentemente, quanto ao número de gestações, abortos e filhos vivos, em que se verificaram proporções muito menores no grupo com aborto clandestino.

Talvez mais importante como determinante da conduta frente à gestação, foi a porcentagem muito menor de mulheres casadas e morando com um parceiro, entre as com aborto clandestino, comparadas com o grupo com parto, o que pode explicar parcialmente porque as primeiras procuraram o aborto e as outras tiveram um filho. Entende-se ainda melhor esta conduta considerando que a gravidez ocorreu dentro do casamento em menos de 20% das mulheres com aborto clandestino comparados com quase 80% no grupo com parto, e que apenas 1% das primeiras realmente desejavam engravidar.

Poder-se-ia dizer que, em comparação com as mulheres que tiveram parto, as mulheres com aborto clandestino pertencem a um grupo sócio-econômico semelhante, mas são mais jovens, não têm

parceiro fixo, e não desejavam uma gravidez que, na maioria dos casos, surgiu de relacionamento no mínimo instável.

Todas essas informações mostram que em Maputo, tal como em diversos outros contextos culturais, a mulher mais jovem é a mais exposta à gravidez não desejada, tanto pela sua situação de instabilidade conjugal, como pelo seu menor conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais (ROGO, 1986). As jovens das cidades africanas, em sua procura de adaptação a padrões econômicos urbanos, quer estudando ou trabalhando, são alvo do assédio de professores e patrões, ou da sua própria necessidade de se adaptar ao nível de vida citadino, encontrando muitas delas numa gravidez indesejada o obstáculo permanente das suas ambições, resultando em prejuízo para elas próprias e para a sociedade (LEMA, KAMAL, ROGO, 1990).

Particularmente à situação de Maputo é que as mulheres mais jovens, quando de menor nível sócio-econômico e com menor tempo de residência na cidade, parecem ignorar e não utilizar o mecanismo do aborto hospitalar, estabelecido justamente para reduzir os riscos à saúde e de óbito materno das mulheres que se expõem ao aborto clandestino.

Esses maiores riscos foram documentados no presente estudo: as mulheres com aborto clandestino sofreram todos os óbitos maternos observados, com letalidade elevadíssima, de 1%. Cerca de 30%

tiveram infecção peritoneal, limitada à pelvis ou generalizada, e muitas sofreram a perda do útero como consequência dessa complicação. Em outras palavras, confirmaram-se as piores expectativas quanto à maior gravidade do aborto clandestino, que fica mais perigoso quanto menor é o nível sócio-econômico dos indivíduos que o praticam (BARROSO, 1989; ADETORO, 1989).

Esse enorme custo humano do aborto clandestino é, sem dúvida, o principal motivo de preocupação e de procurar meios de evitá-lo ou substituí-lo pelo aborto hospitalar, mais seguro, tanto do ponto de vista físico como psicológico (BARROSO, 1989).

Entretanto, em um país pobre como Moçambique, onde os recursos disponíveis para a saúde são extremamente limitados, também é importante considerar o maior desperdício de insumos e a enorme diferença de custo entre o atendimento das complicações do aborto clandestino e a assistência para interrupção hospitalar da gravidez, ou para um parto de termo.

É evidente que a estratégia mais apropriada é a prevenção. Os resultados da pesquisa ilustram o relativo sucesso dos esforços do governo moçambicano para prevenir a gravidez não desejada, expressos pela alta prevalência de conhecimento de métodos anticoncepcionais, próxima a 100% nos três grupos estudados e acima de 90% para os três métodos reversíveis mais eficazes: pílula, DIU e injetável. Mais importante ainda, mais de 90% das mulheres

estudadas tinham usado algum método anticoncepcional, predominando também o uso de métodos eficazes como os citados acima, além do condom e da abstinência periódica.

Esses níveis de conhecimento e experiência de uso sugerem acessibilidade à anticoncepção na cidade de Maputo, inclusive para a população de mais baixo nível sócio-econômico, o que refletiria um certo grau de sucesso dos esforços para prevenir a gravidez não desejada e o aborto.

O grupo da população que se incluiu no estudo é justamente o segmento de mulheres em que esses esforços não deram resultados, por fracasso de método, mau uso do mesmo, ou interrupção de uso, seja esta voluntária, acreditando que não estaria exposta à gravidez, ou involuntária, por inaccess transitório ao método, ou falta de colaboração do parceiro, no caso do condom, tabela e coito interrompido.

A proporção duas vezes maior de mulheres no grupo de aborto clandestino que não usavam método antes da última gestação, comparados com o grupo de aborto hospitalar, deve ser reflexo do mesmo menor acesso aos serviços de saúde que se expressa na não solicitação de interrupção da gravidez no Hospital Central de Maputo.

Este grupo de mulheres, com as características já descritas de menor idade e marginalidade social, não tem sido suficientemente atingido pelas ações de saúde, tanto no seu objetivo da prevenção primária da gravidez não-desejada, como em seu propósito de prevenção secundária das complicações e óbitos determinados pelas condições de clandestinidade e precariedade técnica em que o aborto é praticado.

Que propostas de ação para melhorar a situação atual surgem dos dados aqui apresentados?

O primeiro ponto é que ainda é necessário melhorar a informação e acesso aos métodos anticoncepcionais, particularmente nos bairros mais periféricos de Maputo, onde se concentram os grupos com menor nível sócio-económico e os migrantes mais recentes.

O segundo é a necessidade de manter e, se possível, ampliar a outros hospitais mais periféricos, o serviço de interrupção da gravidez, atualmente oferecido apenas no Hospital Central de Maputo.

A decisão de criar uma Comissão hospitalar para emitir autorização sobre a interrupção da gestação por falha de métodos anticoncepcionais ou quando afeta a saúde física ou mental da mulher, e sempre que não ultrapasse as 12 semanas da gestação, foi

sem dúvida polêmica e um ato de coragem do Ministro da Saúde da época, Dr. Paschoal Mocumbi. O motivo para adotar essa medida justificou-se na necessidade de evitar a todo custo as complicações derivadas do aborto clandestino, que incluíam um risco muito alto de morte materna. Baseava-se ainda em que quando a mulher sente-se, pelos motivos mais diversos, impossibilitada de ter um filho, ela vai interromper a gestação, ainda que para tanto coloque em perigo sua própria vida. Nesse sentido a medida, longe de estimular o aborto, tentava que, quando isto fosse a decisão definitiva da mulher, ele causasse o mínimo possível de danos à sua saúde física e mental. Nesse sentido, a experiência em outros países mostra que este tipo de medida não aumenta o número de abortos, mas uma proporção dos que eram feitos clandestinamente passam a ser feitos em hospitais (SUNDSTROM, 1994).

Mais ainda, esta decisão de permitir o aborto em hospitais não estaria plenamente justificada, se não estivesse precedida por uma ampla série de outras medidas em nível nacional, tendentes a reduzir a incidência de gravidez não desejada, que incluíam formação de pessoal e estabelecimento de serviços de saúde reprodutiva que, junto com as atividades mais tradicionais, como cuidado pré e pós-natal e assistência ginecológica, passaram a fornecer também informação e assistência em anticoncepção.

O sucesso desse componente preventivo da gravidez indesejada já foi comentado ao nos referirmos à alta taxa de conhecimento e

uso de métodos anticoncepcionais, com diferenças numéricas relativamente pequenas entre os grupos, considerando a enorme distância social observada entre as mulheres com aborto clandestino e aquelas que solicitaram e obtiveram aborto hospitalar.

Na avaliação do sucesso da decisão de oferecer interrupção hospitalar da gravidez os resultados parecem mostrar um aspecto muito bem sucedido e um outro em que temos que aceitar um fracasso relativo. O aspecto positivo foi a falta de repercussões físicas do aborto hospitalar, ilustrando a sua eficácia em prevenir as sérias complicações que sofrem as mulheres sem acesso a esses serviços.

O aspecto negativo foi a permanência de um contingente ainda relativamente elevado de mulheres que não conseguem acesso aos serviços de aborto hospitalar e continuam expondo a sua saúde e sua vida, submetendo-se a abortos praticados de forma extremamente precária e perigosa. É válido, entretanto, lembrar que o número de abortos clandestinos vem decrescendo ano a ano, sendo substituído por um maior número de abortos hospitalares, significando que a tendência é que o primeiro venha a ser a exceção. Durante o período da pesquisa, por exemplo, foram atendidos três casos de interrupção hospitalar da gravidez para cada caso internado por complicações de aborto.

É claro que a atitude não pode ser de complacência com a situação atual, com quatro óbitos maternos entre 400 abortos

clandestinos internados no hospital, e inúmeros casos de peritonite, histerectomia, etc. O grande número de interrupções da gestação realizado no Hospital tampouco pode ser motivo de satisfação. Sem dúvida que os esforços preventivos devem continuar e aprimorarem-se, aceitando, entretanto, que sempre haverá gravidezes indesejadas resultantes do fracasso de um método anticoncepcional, de uma relação inesperada ou da negativa do parceiro em colaborar na contracepção. Para esses casos, será necessário o recurso do aborto hospitalar, se o objetivo é reduzir a alta incidência de complicações graves e de mortes maternas.

Acreditamos que esses resultados proporcionam dados que serão úteis para orientar as políticas governamentais de saúde em Moçambique, quanto às ações necessárias para continuar na difícil tarefa de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna, ainda prevalentes no país.

## **CONCLUSÕES**

## CONCLUSÕES

1. As mulheres internadas por complicações de aborto clandestino eram em geral mais jovens e de menor nível sócio-econômico, e em maior proporção sem parceiro fixo, de raça negra e migrante recente, comparado com as mulheres com aborto hospitalar. Em comparação com as mulheres com parto, aquelas com aborto clandestino pertenciam a um grupo sócio-econômico semelhante, mas eram mais jovens, não tinham parceiro fixo e não desejavam a gravidez, que geralmente originou-se num relacionamento instável.
2. As mulheres com aborto clandestino tinham alto grau de conhecimento de métodos anticoncepcionais, principalmente de alta eficácia, e apenas uma de cada 20 nunca tinha usado qualquer método, porém apenas a metade estava usando anticoncepção antes da gravidez atual, em comparação com 75% das mulheres com aborto hospitalar.
3. O aborto clandestino teve consequências muitíssimos mais graves para a saúde, incluindo 1% de óbito materno, em comparação com a interrupção médica da gravidez ou o parto.
4. Os cuidados recebidos pelo grupo de mulheres internadas com complicações de aborto clandestino representou um gasto nove e cinco vezes superior que o das mulheres com aborto hospitalar e com parto, respectivamente.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

- ADETORO, O.O. - A 15 years study of illegally induced abortion mortality at Ilorin, Nigeria. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 29:65-72, 1989.
- ADEWOLE, I.F. - Trends in post-abortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 38:115-8, 1992.
- ADLER, N.E.; DAVID, H.P.; MAJOR, B.N.; ROTH, S.H.; RUSSO, N.S.; WYATT, G.E. - Psychological responses after abortion. *Science*, 248:41-4, 1990.
- AMPOFO, D.A. - Epidemiology of abortion in selected African countries. In: IPPF CONFERENCE ON MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ABORTION IN AFRICA, Accra, 1973.
- ARMITAGE, P. - Statistical methods in medical research. 3 ed. Oxford, John Wiley & Sons, 1974.
- BARROSO, C. - Pesquisas sobre o aborto. In: BONDER, G., ed. - O impacto dos estudos de mulher na psicologia na América Latina. UNESCO, 1989.

---

\* HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIERME, 1990.

- CASTLE, M.A.; LIKWA, R.; WHITTAKER, M. - Observations on abortion in Zambia. *Stud. Fam. Plann.*, 21:231-5, 1990.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL - Abortion surveillance. Washington, CDC, 1987. *MMWR*, 35:255, 1989.
- COEYTAUX, F.M. - Induced abortion in sub-Saharan Africa: what we do and do not know. *Stud. Fam. Plann.*, 19:186-9, 1988.
- COOK, R.J. & HAWS, J.M. - The United Nations convention on the right of women: Opportunities for family planning providers. *Int. Fam. Plann. Persp.*, 12:49-53, 1986.
- DAVID, H.P. - Abortion policies. In: HODGSON, J.E., ed. - *Abortion and sterilization: Medical and social aspects*. London, Academic/Grune & Stratton, 1981.
- DIXON-MUELLER, R. - Abortion policy and women's health in developing countries. *Int. J. Health Serv.*, 20:297-314, 1990.
- DONNAY, F.; BREGENTZER, A.; LEEMANS, P.; VEROUGSTRAETE, A.; VEKEMANS, M. - Safe abortions in an illegal context: perceptions from service providers in Belgium. *Stud. Fam. Plann.*, 24:150-62, 1993.

- FATHALLA, M.F. - Inequity in reproductive health: the challenge to obstetricians/gynaecologists. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 44:3-8, 1992.
- FAÚNDES, A.; HERRMANN, V.; CECATTI, J.G. - Análise da mortalidade materna em partos cesáreos, no município de Campinas, 1979-1985. *Femina*, 13:516-24, 1985.
- FAÚNDES, A.; RODRIGUEZ, G.; AVENDAÑO, O. - Effects of a family planning program on the fertility of a marginal working-class community in Santiago. *Demography*, 5:122-37, 1968a.
- FAÚNDES, A.; RODRIGUEZ, G.; AVENDAÑO, O. - The San Gregorio experimental family planning program: changes observed in fertility and abortion rates. *Demography*, 5:836-45, 1968b.
- FORTNEY, J.A. - The use of hospital resources to treat incomplete abortion: examples from Latin America. *Public Health Rep.*, 96:574-9, 1981.
- GIBBS, C.E. & LOCK, W.E. - Maternal deaths in Texas, 1969 to 1973. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 126:687-92, 1976.
- GRIMES, D.A. & CATES Jr., W. - Complications from legally-induced abortion: A review. *Obstet. Gynecol. Survey*, 34:177-91, 1979.

HARDY, E.; REBELLO, I.; FAÚNDES, A. - Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, 27:113-6, 1993.

HARDY, E. & HERUD, K. - Effectiveness of a contraceptive education program for postabortion patients in Chile. *Stud. Fam. Plann.* 6(7):188-191, 1975.

HENSHAW, S.K. - Induced abortion: a world review, 1990. *Fam. Plann. Perspect.*, 22:76-89, 1990.

HORD, C.; DAVID, H.P.; DONNAY, F.; WOLF, M. - Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy. *Stud. Fam. Plann.*, 22:231-40, 1991.

JACOBSON, J.L. - Women's reproductive health: the silent emergency. Washington, DC., Worldwatch Institute. *Worldwatch Paper*, No. 102, 1991. p.69.

JEWETT, J.F. - Changing maternal mortality in Massachusetts. *N. Engl. J. Med.*, 256:395-400, 1957.

JOHNSON, B.R.; BENSON, J.; BRADLEY, J; RABAGO, A. - Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Soc. Sci. Med.*, 36:1443-53, 1993.

JUSTESEN, A., KAPIGA, S.H., VAN ASTEN, H.A. - Abortions in a hospital setting: hidden realities in Dar es Salaam, Tanzania. *Stud. Fam. Plann.*, 23:325-9, 1992.

KETTING, E. & VAN PRAAG, P. - Schwangerschaftsabbruch: Gesetz und Praxis im Internationalen Vergleich. [Abortion: Law and Practice in International Comparison]. Tubingen, DVGT, 1985. 321p.

KONJE, J.C.; OBISESAN, K.A.; LADIPO, O.A. - Health and economic consequences of septic induced abortion. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 37:193-7, 1992.

KOOP, C.E. - Post abortion syndrome: myth or reality? *Health Matrix*, 7:42-4, 1989.

KULIN, H.E. - Adolescent pregnancy in Africa: a programmatic focus. *Soc. Sci. Med.*, 26:727-35, 1988.

KUNINS, H. & ROSENFELD, A. - Abortion: a legal and public health perspective. *Annu. Rev. Public Health*, 12:361-82, 1991.

KWAST, B.E.; ROCHAT, R.W.; MARIAM, W.K. - Maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. *Stud. Fam. Plann.*, 17:288-301, 1986.

- LADIPO, O.A. - Preventing and managing complications of induced abortion in Third World countries. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, (suppl.3):21-8, 1989.
- LAGUARDIA, K.D.; ROTHOLZ, V.; BELFORT, A.P. - A 10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern. *Obstet. Gynecol.*, 75:27-32, 1990.
- LAURENTI, R. - Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo (com ênfase à mortalidade materna). Relatório final (1ª parte). Centro da OMS para a classificação das doenças em português. São Paulo, fevereiro 1988. 41p. (mimeo).
- LEMA, V.M.; KAMAU, R.; ROGO, K. - **Epidemiology of abortion in Kenya**. Nairobi; Center for the Study of Adolescence. 1989. 42p.
- LETTENMAIER, C.; LISKIN, L.; CHURCH, C.A.; HARRIS, J.A. - Mothers' lives matter: maternal health in the community. *Population Reports*, Series L, No. 7, 1988. 31p.
- LISKIN, L.S. - Complications of abortion in developing countries. *Population Reports*, Series F, No. 7, 1980. 51p.
- LISKIN, L.S. - Maternal morbidity in developing countries: a review and comments. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 37:77-87, 1992.

MACHUNGO, F., BUGALHO , A., GRANJA, A. Mortalidade materna no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do HCM, 1990-1994. (Dados não publicados).

MADEBO, T. & G/TSADIC, T. - A six month prospective study on different aspects of abortion. *Ethiop. Med. J.*, 31:165-72, 1993.

MASHALABA, N.N. - Commentary on the causes and consequences of unwanted pregnancy from an African perspective. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, (suppl.3):15-9, 1989.

MEGAFU, U.B. & OZUMBA, B.C. - Morbidity and mortality from induced illegal abortion at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu: a five year review. *Int. J Gynaecol. Obstet.*, 34:163-7, 1991.

NARKAVONNAKIT, T.; BENNET, T.; BALAKRISHNAN, T.R. - Continuation of injectable contraceptives in Thailand. *Stud. Fam. Plann.*, 13:99-105, 1981.

OKONOFUA, F.E.; ONWUDIEGWU, V.; ODUNSI, O.H. - Illegal induced abortion: a study of 74 cases in Ile-Ife, Nigeria. *Trop. Doct.*, 22:75-8, 1992.

- ONIONKA, Z. - Opening address. In: **A strategy for abortion management: report of an African regional workshop.** London, IPPF, 1978. p.1-5.
- PAXMAN, J.M.; RIZO, A.; BROWN, L.; BENSON, J. - The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. **Stud. Fam. Plann.**, 24:205-26, 1993.
- PINOTTI, J.A. & FAUNDES, A. - Unwanted pregnancy: Challenges or health policy. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, (suppl.3):97-102, 1989.
- PLAZA, S. & BRIONES, H. - El aborto como problema asistencial. **Rev. Méd. de Chile**, 91:294-7, 1964.
- POPOV, A.A. - Family planning and induced abortion in the USSR: basic health and demographic characteristics. **Stud. Fam. Plann.**, 22:368-77, 1991.
- POTTS, M. & WOOD, C., eds. - **Introduction of new concepts in contraception.** Baltimore University Park Press, 1972. 112p.
- ROGO, K. - Issue of adolescent fertility in Kenya: An overview. In: **ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF THE AFRICAN FEDERATION OF MEDICAL ASSOCIATIONS AND SOCIETIES**, 12, Maseru, 1986. (mimeo)

- ROGO, K. - Induced abortion in Africa. In: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, Toronto, 1990.
- ROSENFELD, A. - Maternal mortality in developing countries. An ongoing but neglected 'epidemic'. *JAMA*, 262:376-79, 1989.
- ROYSTON, E. & ARMSTRONG, S. - Preventing maternal deaths. Geneva, World Health Organization, 1989. 233p.
- RYAN, K.J. - Abortion or motherhood, suicide and madness. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 166:1029-36, 1992.
- SABATELLO, E.F. - Estimates of illegal abortions in Israel, 1980-83. *Isr. J. Med. Sci.*, 26:204-9, 1990
- SAI, F.T. & NASSIM, J. - The need for a reproductive health approach. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, (suppl.3):103-13, 1989.
- SCHLESSELMAN, J. - Case control studies. Design, Conduct, Analysis. Oxford, Oxford University Press, 1982.
- SCHUIEMAKER, N.W.; GRAVENHORST, J.B.; VON GEIJIN, H.P.; DEKKER, G.A.; VAN DONGEN, P.W. - Maternal mortality and its prevention. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 42 (Suppl):531-5, 1991.

- SIMONS, M. - Abortion across Latin America rising despite illegality and risks. *The New York Times*, November 26, 1988.
- SINGH, S. & WULF, D. - Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. *Int. Fam. Plann. Persp.*, 17:8-13, 1991.
- STARRS, A. - Preventing the tragedy of maternal deaths. In: REPORT ON THE INTERNATIONAL SAFE MOTHERHOOD CONFERENCE, Nairobi, Kenya, 1987. 56p.
- STEPHENSON, P.; WAGNER, M.; BADEA, M.; SERBANESCU, F. - Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion - lessons from Romania. *Am. J. Public Health*, 82:1328-31, 1992.
- SUNDSTROM, K. - Abort i varlden. Legalisering av abort och god skukvard vid abort skulle forebygga tusentals dodsfall i tredje varlden. [Abortion in the world. Legalization of abortion and good care would prevent thousands of deaths in the Third World.]. *Lakartidningen*, 91:2523-28, 1994.
- TIETZE, C. - Mortality with contraception and induced abortions. *Stud. Fam. Plann.*, 1:6-8, 1969.

- TIETZE, C. & LEWIS, S. - Life risks associated with reversible methods of fertility regulation. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 16:456-65, 1979.
- TIETZE, C. & HENSHAW, S. - Induced abortion: a world review. 6.ed. New York, The Alan Guttmacher Institute, 1986.
- UHJA, I.A. - Sexual activity and attitudes toward contraception among women seeking termination of pregnancy in Zaria, northern Nigeria. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 35:73-7, 1991.
- VALGINA, V.F. & GUSTOVAI, B.L. - Abortion as a cause of maternal mortality. *Akush. Ginekol. Mosk.*, 10:11-5, 1990.
- WANJALA, S.; MURUGU, M.M.; MATI, J.G. - Mortality due to abortion at Kenyatta National Hospital, 1974-1983. Netherlands, CIBA FOUND. SYMP., 1985. p.41-53.
- WINIKOFF, B.; CARIGNAN, C.; BERNARDIK, E.; SEMERARO, P. - Medical services to save mothers lives: Feasible approaches to reducing maternal mortality. *Working Papers No. 4*, Population Council, New York, 1991. 59p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Geneva, WHO, 1990. (WHO/MCH/90.14). 115p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mortality. Ratios and rates.  
A tabulation of available information. Third edition. WHO,  
Division of Family Health, Geneva (WHO/MCH/MSM/91.6) p. 100,  
1991a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Women's health: Across age and  
frontiers. Geneva, WHO (ISBN924156 15 21), 1991b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Essential elements of obstetric care  
at first referral level. Geneva, WHO, 1992.

**ANTÓNIO MANUEL AUGUSTO BUGALHO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, COMPLICAÇÕES E CUSTO DO ABORTO  
CLANDESTINO. COMPARAÇÃO COM ABORTO HOSPITALAR E PARTO,  
EM MAPUTO, MOÇAMBIQUE.**

**VOLUME II**

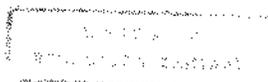
**ANEXOS**

**TESE APRESENTADA À FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
DOUTOR EM MEDICINA: ÁREA DE  
TOCOGINECOLOGIA.**

**Orientador: Profa. Dra. Ellen Hardy**

**Co-orientador: Prof. Dr. Anibal Faúndes**

**CAMPINAS, MAIO DE 1995**



|           |    |
|-----------|----|
| UNIDADE   | BC |
| FUNÇÃO    |    |
| UNICAMP   |    |
| 8864 P    |    |
| 02        |    |
| 24977     |    |
| 433/95    |    |
| 0 [3]     |    |
| R\$ 12,00 |    |
| 30/06/95  |    |
| 17 000    |    |

CM - 00071954-2

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Bugaiho, Antonio Manuel Augusto

2854p Perfil epidemiológico, complicações e custo do aborto clandestino, comparação com aborto hospitalar e parto em Maputo, Moçambique / Antonio Manuel Augusto Bugaiho. - - Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientadores: Ellen Hardy, Anibal Faundes.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1.\* Aborto clandestino. 2.\* Complicações do aborto.  
3. Serviços clínicos hospitalares. I. Hardy Ellen. II. Faundes, Anibal. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Anexo 1 - Questionário e Check-list .....   | 01  |
| Anexo 2 - Manual das Entrevistadoras .....  | 15  |
| Anexo 3 - Manual de Crítica .....   | 44  |
| Anexo 4 - Manual de Codificação e digitação das<br>respostas pré-codificadas e textuais .....   | 63  |
| Anexo 5 - Cálculo de Custos do Atendimento de Abortos e<br>Partos, IPAS (International Projects<br>Assistance Services), Carboro, NC, EUA ..... | 102 |

A N E X O 1

QUESTIONÁRIO

E

CHECK-LIST

Nº | | | | |

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: | | | | |  
      DIA   MÊS   ANO

LOCAL DA ENTREVISTA:

| 1 | GIN II/AC  
| 2 | GIN I/IMG  
| 3 | PUERP.

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

=====  
1ª REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2ª REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

=====  
DIGITAÇÃO

1ª VEZ

2ª VEZ

PRÉ-CODIFICADAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEXTUAIS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS

1.1 Qual a data do seu nascimento?

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
DIA MÊS ANO

|8| NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.2 Quantos anos completos a Sra. tem? \_\_\_\_\_ ANOS

I.1.1 ENTR. CORRIJA EM CASO DE DÚVIDA. USAR: BILHETE DE IDENTIDADE, CÉDULA OU NID

I.1.2 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

|1| NEGRA |2| BRANCA |3| MISTA

|4| INDIANA |5| NÃO CONSEGUIU DEFINIR

1.3 Foi à escola?

|1| SIM

|2| NÃO  
PASSE A 1.7

1.4 Qual a última classe que completou?

\_\_\_\_\_ |8| NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.5 A Sra. frequentou algum curso médio ou superior?

|1| MÉDIO

|2| SUPERIOR

|3| NÃO FREQUENTOU -----> PASSE A 1.7

I.1.3 ENTR. ASSINALE SOMENTE O CURSO SUPERIOR QUANDO A ENTREVISTADA REFERIR TER FEITO OS DOIS CURSOS

1.6 A Sra. completou esse curso?

|1| SIM

PASSE A 1.9

|2| NÃO

PASSE A 1.9

1.7 A Sra. sabe ler?

|1| SIM

|2| NÃO

1.8 A Sra. sabe escrever?

|1| SIM

|2| NÃO

1.9 A Sra. trabalha?

|1| SIM |2| NÃO  
PASSE A 1.12

1.10 O que a Sra. faz?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

1.11 Quanto a Sra. ganha?

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| MT

1.12 Atualmente a Sra. é casada, solteira, separada ou viúva?

|1| CASADA  
|2| SOLTEIRA  
|3| SEPARADA  
|4| VIÚVA

1.13 A Sra. vive junto com um parceiro?

|1| SIM |2| NÃO  
PASSE A I.1.4

1.14 Seu marido foi à escola?

|1| SIM |2| NÃO |8| NÃO SABE  
PASSE A 1.18 PASSE A 1.18

1.15 Qual a última classe que ele completou?

\_\_\_\_\_ |8| NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

1.16 Ele frequentou algum curso médio ou superior?

|1| MÉDIO  
|2| SUPERIOR  
|3| NÃO FREQUENTOU -----> PASSE A 1.18  
|8| NÃO SABE/NÃO LEMBRA -----> PASSE A 1.18

1.17 Ele completou esse curso?

|1| SIM |2| NÃO  
PASSE A 1.20 PASSE A 1.20

1.18 Ele sabe ler?

|1| SIM |2| NÃO

1.19 Ele sabe escrever?

|1| SIM |2| NÃO

1.20 Seu marido trabalha?

|1| SIM |2| NÃO  
PASSE A 1.23

1.21 O que o seu marido faz?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

1.22 Quanto seu marido ganha?

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| MT

1.23 Seu marido tem outras mulheres ou casas?

|1| SIM |2| NÃO

I.1.4 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre outros assuntos.

1.24 Qual a sua religião?

|1| CATÓLICA (ROMANA) |8| NENHUMA ---> PASSE A 1.26  
|2| MUÇULMANA  
|3| CRISTÃ (PROTESTANTE)  
|4| OUTRA. QUAL? \_\_\_\_\_

1.25 A Sra. vai ao culto todas as semanas?

|1| SIM |2| NÃO

1.26 Qual a sua língua materna?

|1| CHANGANE |5| SENA  
|2| RONGA |6| NDAU  
|3| XITSUA |7| MACONDE  
|4| BITONGA |8| MACUA  
|10| OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_

1.27 A Sra. nasceu em Maputo ou em outro lugar?

|1| MAPUTO |2| OUTRO LUGAR

1.28 Há quanto tempo vive em Maputo?

|\_|\_| ANOS OU |\_|\_| MESES |8| NÃO LEMBRA

1.29 Em que bairro a Sra. mora?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

1.30 De que material é feita a sua casa?

- |1| CIMENTO
- |2| MADEIRA E ZINCO
- |3| CANIÇO
- |4| OUTRO MATERIAL. Qual? \_\_\_\_\_

1.31 Quantas divisões tem a casa?

|\_\_|\_\_| DIVISÕES

1.32 Quantas divisões são usadas para dormir?

|\_\_|\_\_| DIVISÕES

1.33 A casa de banho é dentro de casa, fora ou não tem?

- |1| DENTRO
- |2| FORA  
PASSE A 1.35
- |3| NÃO TEM  
PASSE A 1.35

1.34 Quantas casas de banho tem na casa?

|\_\_| CASAS DE BANHO

1.35 Na sua casa tem \_\_\_\_\_?

- 1) Eletricidade |1| SIM |2| NÃO
- 2) Água dentro de casa |1| SIM |2| NÃO
- 3) Telefone |1| SIM |2| NÃO
- 4) Rádio |1| SIM |2| NÃO
- 5) Televisão |1| SIM |2| NÃO
- 6) Geleira |1| SIM |2| NÃO
- 7) Fogão |1| SIM |2| NÃO

1.36 Quantas pessoas moram na casa com a Sra.?

|\_\_|\_\_| PESSOAS

1.37 Quantas dessas pessoas são crianças?

|\_|\_| CRIANÇAS

1.38 Quantas das pessoas que moram com a Sra. trabalham?

|\_|\_| TRABALHAM

## SEÇÃO 2. HISTÓRICO DE GRAVIDEZ E MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

I.2.1 ENTR. DIGA: Agora eu vou lhe falar sobre as gravidezes que a Sra. teve.

2.1 Quantas vezes ficou grávida? |\_|\_|

2.2 A sua \_\_\_ gravidez terminou em nascido vivo, nascido morto ou aborto?

|          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| N. VIVO  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| N. MORTO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| ABORTO   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |

2.3 Quantos filhos estão vivos? |\_|\_|

2.4 Quantos filhos são raparigas? |\_|\_|

2.5 Quantos filhos são rapazes? |\_|\_|

I.2.2 ENTR. 2.3 = 2.4 + 2.5, CASO NÃO SEJA CORRIJA COM A ENTREVISTADA.

I.2.3 ENTR. DIGA: Agora vou lhe falar sobre maneiras de evitar filhos.

2.6 A Sra. sabe que há maneiras de evitar a gravidez?

|1| SIM

|2| NÃO  
PASSE A 2.14



2.15 Por que engravidou?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F.2.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO O LOCAL DA DA ENTREVISTA.

|1| PUERPÉRIO  
PASSE A SEÇÃO 4

|2| GIN. I E II

### SEÇÃO 3. ABORTO

I.3.1 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre o aborto que a Sra. teve.

3.1 O que era para si o autor da gravidez (o dono da grávida)?

|1| AMIGO  
|2| MARIDO  
|3| NAMORADO  
|4| OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_

3.2 A Sra. falou com alguém para decidir fazer esse aborto?

|1| SIM  
PASSE A 3.4

|2| NÃO

3.3 Por que?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PASSE A 3.6

3.4 Com quem a Sra. falou?

|1| MARIDO  
|2| NAMORADO  
|3| AMIGO  
|7| OUTRA PESSOA. Quem? \_\_\_\_\_

|4| MÃE  
|5| SOGRA  
|6| AMIGA

3.5 O que é que essa pessoa lhe aconselhou?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.6 Por que a Sra. decidiu fazer esse aborto?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.7 Quantos meses de gravidez tinha quando fez o aborto?

|\_\_|\_\_| MESES

3.8 Onde a Sra. fez esse aborto?

- | 1 | EM SUA CASA -----> PASSE A 3.10
- | 2 | HOSPITAL
- | 3 | NA CASA DA PESSOA QUE FEZ
- | 4 | NA CASA DE UMA AMIGA
- | 5 | OUTRO LOCAL. Qual? \_\_\_\_\_

3.9 Como é que ficou a saber que nesse local podia fazer o aborto?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.10 Quem fez o aborto?

- | 8 | NÃO SEI
- | 1 | SÓZINHA -----> PASSE A 3.12
- | 2 | ENFERMEIRA
- | 3 | MÉDICO
- | 4 | CURANDEIRO
- | 5 | OUTRA PESSOA. Quem? \_\_\_\_\_

3.11 A pessoa que fez o aborto tratou a Sra. muito bem, bem, regular ou mal?

- | 1 | MUITO BEM
- | 2 | BEM
- | 3 | REGULAR
- | 4 | MAL

3.12 Para fazer o aborto mexeram (mexeu) por baixo?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO

3.13 Como foi feito o aborto?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

3.14 A Sra. dormiu enquanto estavam a fazer o aborto?

|1| SIM |2| NÃO

3.15 A Sra. tomou algum remédio depois do aborto?

|1| SIM |2| NÃO  
PASSE A F.3.1

3.16 Quantos dias tomou o remédio?

|\_|\_| DIAS

F.3.1 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.10

|1| SÓZINHA |2| OUTRAS PESSOAS  
PASSE A 3.22

3.17 Teve que pagar pelo aborto?

|1| SIM |2| NÃO  
PASSE A 3.21

3.18 Quanto a Sra. pagou?

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| MT |8| NÃO LEMBRA

3.19 O preço foi caro, muito caro, razoável ou barato?

|1| CARO |2| MUITO CARO  
|3| RAZOÁVEL |4| BARATO

3.20 Como é que a Sra. conseguiu dinheiro para pagar o aborto?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

3.21 Quem foi com a Sra. fazer o aborto?

|8| NINGUÉM. FOI SOZINHA  
|1| AMIGA  
|2| MARIDO  
|3| NAMORADO  
|4| FAMILIARES (CUNHADA, MÃE, SOGRA)  
|5| OUTRA PESSOA. Quem? \_\_\_\_\_

3.22 Como a Sra. se sentiu depois de ter feito esse aborto?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F.3.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO O LOCAL DA ENTREVISTA.**

|1| GIN. I

|2| GIN. II  
PASSE A 3.24

3.23 Como é que a Sra. ficou a saber que podia pedir interrupção da gravidez no hospital?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIM DA ENTREVISTA

3.24 A Sra. sabe que pode pedir interrupção da gravidez no hospital?

|1| SIM

|2| NÃO  
FIM DA ENTREVISTA

3.25 Por que a Sra. não pediu a interrupção no hospital?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIM DA ENTREVISTA

#### SEÇÃO 4. PARTO NORMAL E CESÁREA

**I.4.1 ENTR. DIGA:** Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua gravidez.

4.1 O que era para si o autor da gravidez (dono da grávida)?

|1| AMIGO

|2| MARIDO

|3| NAMORADO

|4| OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_



### CHECK-LIST

|   | ACEITA        | REJEITADA        |
|---|---------------|------------------|
| 1. Parto normal ou cesárea  | SIM           | NÃO              |
| 2. Pedido de Interrupção da gravidez?   | SIM           | NÃO              |
| 3. Aborto clandestino?  | SIM           | NÃO              |
| I. Se pelo menos uma das respostas foi SIM, faça a próxima pergunta. Caso contrário a mulher já está rejeitada. |               |                  |
| 4. A sra. aceita responder algumas perguntas?   | SIM<br>ACEITA | NÃO<br>REJEITADA |

NOME DA PACIENTE: \_\_\_\_\_

No. QUESTIONÁRIO: |\_|\_|\_|\_|\_|

**A N E X O 2**

**MANUAL DAS ENTREVISTADORAS**

**CARACTERÍSTICAS DE MULHERES COM ABORTO  
PROVOCADO, INTERRUPTÃO MÉDICA DA  
GRAVIDEZ E PARTO**

**AValiação DOS CUSTOS ECONÔMICOS E DE SAÚDE**

**Manual das Entrevistadoras**

**CEMICAMP  
Campinas, janeiro de 1993**

## INDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 01 |
| Aborto .....   | 01 |
| 2. OBJETIVOS .....   | 02 |
| Objetivo geral .....   | 02 |
| Objetivos específicos .....  | 02 |
| 3. A PESQUISA .....  | 03 |
| Metodologia .....  | 03 |
| Critérios de seleção .....   | 03 |
| 4. COLETA DE DADOS .....   | 03 |
| 5. ENTREVISTADORA .....  | 03 |
| Seu papel .....  | 03 |
| Seu treinamento .....  | 04 |
| Material .....   | 04 |
| 6. A ENTREVISTA .....  | 04 |
| 7. TÉCNICA DE ENTREVISTA .....   | 05 |
| Chegando até a mulher a ser entrevistada .....                             | 05 |
| Privacidade .....  | 06 |
| Neutralidade .....   | 06 |
| Controle da entrevista .....   | 07 |
| A arte de fazer perguntas .....  | 07 |
| a) Leitura das perguntas .....   | 07 |
| b) Repetição das perguntas.....  | 08 |
| Explicando ou mudando palavras .....                                       | 08 |
| Aprofundamento .....   | 08 |
| Evitando preconceitos .....  | 09 |
| 8. QUESTIONÁRIO .....  | 10 |
| Características .....  | 10 |
| Instruções no questionário .....   | 10 |
| Completando o questionário .....   | 11 |
| Encerrando a entrevista .....  | 11 |
| 9. REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS COMPLETOS .....                               | 12 |
| 10. CONTROLE DE QUALIDADE .....  | 12 |
| 11. PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO .....                                    | 13 |
| a) A capa do questionário .....  | 13 |
| b) Seção 1. Características .....  | 13 |
| c) Seção 2. Histórico de gravidezes e métodos anti-<br>concepcionais ..... | 18 |
| d) Seção 3. Aborto .....   | 21 |
| e) Seção 4. Parto normal e cesárea .....                                   | 24 |
| 12. INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O CHECK-LIST .....                           | 25 |

## 1. INTRODUÇÃO

O Manual das Entrevistadoras tem como objetivo fornecer as instruções básicas a serem seguidas por todas as entrevistadoras para a execução correta do seu trabalho de campo. Contém os critérios a serem adotados no registro de cada informação a ser obtida e os procedimentos para facilitar a entrevista.

Será usado durante o treino e servirá como guia para a solução de qualquer problema e/ou dúvida que possa surgir durante o desenvolvimento das entrevistas.

Com este manual será possível você familiarizar-se com toda a técnica de entrevista e com o conteúdo do questionário que será utilizado. Com isto, haverá a possibilidade de vivenciar e refletir alguns problemas que poderão surgir na prática, bem como a forma adequada para solucioná-los.

É importante que você estude e compreenda cada instrução deste manual. A qualidade da informação que você irá obter dependerá disto. E a qualidade do estudo dependerá, em grande parte, da qualidade dessa informação.

## ABORTO

O aborto provocado tem sido costumeiramente negligenciado como causa de morbidade ou mortalidade materna de alguma relevância, havendo pouca informação sobre sua magnitude e impacto sobre a saúde da mulher.

Informações recentes do Hospital Central de Maputo mostraram que seis das 27 mortes maternas que ocorreram durante os primeiros cinco meses de 1990 foram resultado de aborto provocado. O presente código criminal é muito restritivo a respeito da interrupção da gravidez. Entretanto, há um decreto do Ministério da Saúde, desde os primórdios de 1980, que autoriza o aborto médico nos casos de gravidez durante o uso de DIU ou quando a saúde da mulher está em perigo. A atitude dos médicos no Hospital Central de Maputo, e pelo menos em mais um hospital na cidade de Maputo, é muito liberal, provendo o aborto quando este é requisitado. No entanto, isto não é muito difundido, principalmente nos locais mais pobres da cidade. E o aborto continua sendo um assunto polêmico que poucas pessoas desejam discutir abertamente.

Durante o Seminário sobre Estratégias para a Maternidade Segura, na República Popular de Moçambique, o problema do aborto estava na agenda pela primeira vez. Embora isto tenha sido, sem dúvida, um grande avanço, havia uma clara ausência de definição, e os participantes estavam cautelosos ou mesmo contra a

discriminalização do aborto.

Para motivar as pessoas que tomam as decisões é necessário que se conheça melhor os custos sociais e pessoais do aborto ilegal em comparação com a interrupção médica da gravidez. No entanto, isto ainda não acontece. Foi especialmente encorajador o fato de que entre as recomendações do Seminário sobre Maternidade Segura este ter sido um dos assuntos de pesquisa incluídos como prioridade.

A presente pesquisa pretende obter informações sobre a magnitude do problema e o impacto que tem sobre as pessoas e sobre o sistema de saúde nacional já sobrecarregado. Tais dados possibilitarão decisões, com melhores bases de informação, sobre a política de liberação do aborto no país.

## 2. OBJETIVOS

### Objetivo geral:

Aumentar a compreensão da dimensão, gravidade e impacto sobre os recursos de saúde do aborto ilegal, da interrupção médica da gravidez e parto, com o propósito de estimular medidas para prevenir as gravidezes indesejadas bem como a morbi-mortalidade materna por aborto provocado no Hospital Central de Maputo.

### Objetivos específicos:

- Avaliar o custo e efeito sobre a saúde do aborto ilegal, da interrupção médica da gravidez e do parto.
- Comparar algumas características sócio-demográficas das mulheres com aborto ilegal, interrupção médica da gravidez e parto.
- Estudar o processo de decisão sobre o término da gravidez: aborto ilegal, interrupção médica da gravidez ou parto.
- Estudar o conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais nos três grupos de mulheres.

### 3. A PESQUISA

#### Metodologia

##### Critérios de Seleção

As mulheres a serem entrevistadas serão selecionadas dentre aquelas que se internaram no Hospital Central de Maputo por complicações de aborto ilegal, pedindo interrupção médica da gravidez ou para o parto. Essas mulheres serão selecionadas usando-se um check-list.

O critério para selecionar os casos e controles seguirá a seguinte norma: você deverá entrevistar todas as mulheres internadas por complicações de aborto provocado. O controle para essas entrevistas serão as quatro mulheres internadas para interrupção médica da gravidez e duas/tres internadas para o parto.

As instruções para preencher o check-list estão no item 12.

### 4. COLETA DE DADOS

Os dados serão obtidos através de entrevistas individuais feitas no Hospital Central de Maputo por entrevistadoras treinadas para isso.

### 5. ENTREVISTADORA

#### Seu papel

O trabalho da entrevistadora é vital para todo o estudo. Você, como entrevistadora, irá colher a informação necessária; a qualidade de seu trabalho determinará em grande parte a qualidade do estudo.

É muito **importante** que você siga cuidadosamente todas as instruções apresentadas neste manual, bem como aquelas recebidas das pessoas responsáveis pelo estudo e de sua coordenadora. Essas pessoas lhe entregarão o material necessário, receberão os questionários preenchidos, revisarão seu trabalho e tratarão de ajudá-la a resolver quaisquer problemas que surjam durante o trabalho de campo.

**ATENÇÃO:** Em qualquer momento do trabalho de campo você poderá ser desligada do projeto se a direção não estiver satisfeita com seu serviço.

## **Seu treinamento**

Seu treinamento como entrevistadora é muito importante para o êxito do estudo. Irá consistir de uma combinação de aulas teóricas e experiências práticas. Com o objetivo de treiná-la adequadamente para todas as etapas do trabalho será utilizada uma combinação de técnicas. Uma será a "entrevista demonstração", na qual você assistirá a uma entrevista previamente preparada. Isto irá permitir-lhe observar o transcorrer de uma entrevista.

Durante o treinamento, as perguntas incluídas no questionário serão discutidas em pormenor. Nesta fase você participará de entrevistas desempenhando o papel da entrevistadora, entrevistada e observadora.

Você terá que fazer entrevistas e revisar as de suas colegas, do mesmo modo como será feito com as suas. Também realizará tarefas de casa.

Após o treinamento você terá uma prova para avaliar seu progresso. Com base na prova, em seu desempenho e na qualidade de suas entrevistas nas aulas e de suas tarefas de casa, será decidido se você poderá trabalhar na pesquisa.

Seu treino como entrevistadora, porém, não termina quando você é aceita para trabalhar. Cada vez que alguém da coordenação discute seus questionários ou algum aspecto da pesquisa com você, seu treinamento continua. O período de treinamento formal simplesmente irá lhe oferecer os conhecimentos básicos e informações sobre o estudo, os questionários, técnicas de entrevista, etc. A observação e supervisão continuam durante o trabalho prático e complementam o processo. É muito importante ter isto em mente nos primeiros dias de trabalho de campo.

## **O material**

Você receberá o material para seu trabalho, questionários e check-list da pessoa responsável pelo trabalho prático da pesquisa.

## 6. A ENTREVISTA

Uma entrevista é uma forma de obter informações de alguma pessoa, fazendo-lhe perguntas. É semelhante a uma conversa comum entre duas pessoas, mas difere em vários aspectos:

- a) A finalidade da entrevista é obter informações sobre um assunto específico.
- b) A entrevistadora e a entrevistada não se conhecem. Uma de suas tarefas principais é ganhar a confiança da entrevistada para que ela se sinta à vontade e esteja disposta a responder suas perguntas.
- c) Ao contrário de uma conversa comum, uma pessoa faz todas as perguntas e a outra responde. Você não deve dar sua opinião. Não deve reagir de maneira positiva nem negativa frente às respostas. Não mostre que não concorda ou que não gosta da resposta. Durante toda a entrevista você deve ser neutra. Pode, porém, mostrar seu interesse no que a entrevistada está falando através da expressão de seu rosto, de movimentos de cabeça ou dizendo "É", "Sim", "Compreendo", etc.
- d) Há uma rígida sequência nas perguntas que devem ser feitas. Você sempre deve seguir essa sequência e tentar controlar a entrevista. Isso significa que você deve manter a mulher interessada ao longo de toda entrevista.

## 7. TÉCNICA DE ENTREVISTA

A seguir apresentaremos alguns pontos importantes a serem considerados durante a entrevista:

### **Chegando até a mulher a ser entrevistada**

Você só poderá entrevistar as mulheres selecionadas e uma de cada vez. Não aceite que outra pessoa (mesmo que seja da família) responda pela mulher que está sendo entrevistada.

Como foi referido acima, você e a entrevistada não se conhecem. Você deve chegar até ela e em um curto período de tempo ganhar sua confiança e colaboração, de forma que ela responda a todas as perguntas.

A primeira impressão, sua aparência e as primeiras coisas que você faz e diz são de vital importância para ganhar a confiança da

mulher.

Ao encontrar-se com ela apresente-se, diga seu nome, para quem trabalha e o que deseja. Explique que está trabalhando em um estudo sobre a saúde da mulher.

Quando estiver a sós com a mulher, mencione que a origem das informações será mantida em sigilo. Explique que os nomes das pessoas entrevistadas não serão utilizados. Se for necessário, explique também para a mulher que o questionário preenchido não possui identificação, sendo utilizado somente um número. O nome dela não entrará na pesquisa.

A mulher pode querer saber porque você deseja entrevistá-la. Explique que foi selecionada ao acaso (como um sorteio), dentre as mulheres que estão internadas no hospital.

Se necessário, mencione que ela tem ampla liberdade para não responder a qualquer pergunta que não queira. Lembre-se que a mulher tem o direito de recusar-se a ser entrevistada ou a responder a algumas perguntas.

## **Privacidade**

É muito importante que a entrevista seja feita em particular e que todas as respostas sejam fornecidas unicamente pela entrevistada. A presença de outras pessoas durante a entrevista pode causar embaraço à mulher e influenciar algumas respostas.

Explique que as perguntas são pessoais e confidenciais. Se houver outra pessoa presente, que não sai do aposento, você deverá usar todo seu tato e astúcia para tentar ficar a sós com a entrevistada.

Isto pode ser feito de várias formas. Uma é solicitar à pessoa que saia do aposento, explicando a necessidade de privacidade. Em algumas oportunidades você poderá dizer que não vai começar a entrevista até ficar a sós com a entrevistada. Uma outra possibilidade é satisfazer a curiosidade da pessoa lendo algumas perguntas em voz alta, dizendo depois: "Agora que você escutou algumas das perguntas, poderia nos deixar a sós, por favor?". Se tudo isso não der certo, sente o mais perto possível da entrevistada e fale baixinho para que somente ela a ouça.

Uma vez que você esteja pronta para começar a entrevista, poderá ser necessário (às vezes) repetir e entrar em mais detalhes sobre quem você é e porque está fazendo a entrevista.

## Neutralidade

A maioria das pessoas é educada, especialmente com estranhos. Tendem a dar as respostas que imaginam que agradariam a entrevistadora. É, então, imprescindível que você fique totalmente neutra com relação ao assunto da entrevista. Não demonstre surpresa, aprovação ou desaprovação frente a uma resposta, nem com o tom de voz nem com a expressão de seu rosto. Não opine espontaneamente. Se a entrevistada pede sua opinião, espere até o fim da entrevista para expô-la. Se ela pedir conselho sobre algum assunto, diga que no final da entrevista vocês poderão conversar sobre assuntos de interesse dela.

As perguntas foram elaboradas cuidadosamente para serem neutras; não sugerem que uma resposta seja melhor que a outra. Se você não tomar o cuidado de ler toda a pergunta, poderá destruir a neutralidade. Por exemplo, é um erro na 1.12 não ler todas as alternativas, porque a entrevistada pode considerar que aquelas não lidas não são aceitáveis como resposta de seu estado marital. Dará, então, uma resposta que não corresponde à sua realidade.

Quando uma pessoa der uma resposta ambígua, nunca conclua o que ela quer dizer, afirmando - "Já sei, suponho que a senhora quer dizer ... não é?. A mulher pode concordar com sua interpretação da resposta, ainda que seja incorreta. A neutralidade da pergunta também pode ser perdida ao enfatizar-se mais uma parte do que a outra; desta maneira sugere-se uma resposta. Fazer as perguntas de forma neutra é uma arte que se adquire somente com a prática.

## Controle da entrevista

Se a mulher está fornecendo informações que não interessam ou respostas muito complicadas, não a interrompa bruscamente. Escute o que ela quer dizer e trate logo de conduzi-la de volta à entrevista.

Lembre-se que é você quem está fazendo a entrevista e que é você que deve controlar a situação. Em alguns casos, especialmente com mulheres de mais idade, sua "autoridade" para fazer essas perguntas pode ser desafiada. Não fique constrangida nesses casos: diga de maneira amável que você foi especialmente treinada para isso e que seu trabalho consiste em fazer perguntas desse tipo.

Deve manter uma boa atmosfera durante toda a entrevista. Uma boa atmosfera é aquela em que a entrevistada vê a entrevistadora como uma pessoa amistosa e solícita, que não constrange, e a quem ela pode dizer qualquer coisa sem se sentir tímida ou embaraçada.

## **A arte de fazer perguntas**

Esta arte só pode ser adquirida com a prática, mas existem alguns pontos básicos que você deve lembrar.

O ponto mais importante é a neutralidade. Não dê nenhuma indicação de qual é a resposta que você espera.

### **a) Leitura das perguntas**

É muito importante que você leia as perguntas exatamente como elas estão escritas no questionário. Há duas razões para isto:

Primeiro, as perguntas foram cuidadosamente preparadas para apresentar o mesmo estímulo a todas as mulheres, com o objetivo de obter respostas comparáveis.

Segundo, alteração da pergunta pode comprometer a neutralidade e, portanto, a resposta.

Há uma única exceção: Você poderá substituir a palavra "senhora", nas perguntas, por "você" quando a mulher for muito jovem ou solicitar. E também fazer a pergunta na língua nativa da entrevistada, se for necessário.

### **b) Repetição das perguntas**

Fazer uma entrevista nem sempre significa somente ler perguntas e anotar respostas. Uma pergunta feita a uma entrevistada pode não produzir imediatamente uma resposta adequada. Ela pode dizer - "Não sei", dar uma resposta irrelevante ou pouco precisa, dar uma resposta que contradiz uma anterior ou pode até se recusar a responder a pergunta.

Muitas vezes essas dificuldades não surgem pela ignorância da mulher, mas porque:

- 1) ela é tímida ou tem receio de responder "ERRADO". Se você percebe isso, esclareça para ela a natureza confidencial do estudo e o fato de não haver respostas "certas" ou "erradas". O que nos interessa é a experiência dela e o que ela pensa;
- 2) ela não entendeu a pergunta. Neste caso, bem como no caso acima, você deverá repetir de forma pausada e clara a pergunta original;
- 3) ela nunca tinha pensado sobre o assunto perguntado. Espere um pouco para ela pensar. Se necessário, leia novamente a pergunta.

## Explicando ou mudando as palavras

Às vezes uma entrevistada tem dificuldade em entender uma pergunta específica, ainda que você a tenha lido novamente. Nesse caso, você poderia ver-se obrigada a reformular a pergunta. Isto deve ser feito somente quando é óbvio que a entrevistada não entendeu a pergunta original. Pode refazer a pergunta usando uma linguagem mais simples e coloquial. Tenha muito cuidado, porém, para não alterar o significado da pergunta.

## Aprofundamento

Às vezes pode acontecer que a resposta de uma mulher não seja "satisfatória" do nosso ponto de vista. A informação pode ser incompleta ou irrelevante ou, às vezes, ela pode não ter condição de responder. Quando isso acontecer, será necessário fazer perguntas adicionais para obter uma resposta "satisfatória". Este processo recebe o nome de "aprofundamento".

As perguntas de aprofundamento devem ser neutras e não levar a entrevistada a dar uma resposta determinada. Quando as questões envolverem datas, a entrevistada nem sempre se lembrará delas. Ex: 2.12 Quanto tempo antes de engravidar deixou de usar? Após aprofundar, aceite como resposta toda informação que forneça uma idéia de tempo (ex: mais ou menos dois anos, etc).

Algumas perguntas úteis para aprofundar a resposta são:

- Poderia explicar um pouco mais?
- De que maneira?
- Desculpe, não ouvi bem o que a senhora disse, poderia repetir?
- Não há pressa. Pense nisso um pouco.
- Poderia me explicar no que está pensando?
- Mais alguma coisa?

A seguir há alguns exemplos de perguntas de aprofundamento erradas. Não devem ser usadas porque não são neutras e induzem respostas.

- A senhora é casada?
- Essa foi a única vez que você esteve grávida, não é?
- Suponho que você não usou pílula, usou?

O aprofundamento é provavelmente o aspecto mais desafiador da entrevista. Também pode ser o mais satisfatório, especialmente quando são obtidas boas respostas como resultado de um aprofundamento bem feito.

## **Evitando preconceito**

Os antecedentes (educação, classe social, situação econômica), atitudes e personalidade da entrevistada muitas vezes serão diferentes da entrevistadora. Você, provavelmente, vai entrevistar uma variedade de mulheres. Deve ter muito cuidado para evitar os preconceitos sobre a capacidade delas para responder às perguntas.

Não abrevie ou altere as perguntas só porque a entrevistada é instruída ou de posição social elevada ou, ao contrário, é pobre e com pouco instrução. Não sugira ou pressuponha respostas porque a entrevista é menos instruída que você.

Por outro lado, ela pode estar desconfiada, ter medo, ou pode achar que você é tão diferente que não pode compreender seu ponto de vista. Ela pode dizer coisas esperando que você concorde, ou dizer coisas que ela considera aceitáveis ou certas em geral. O seu comportamento, maneira de falar e ainda a forma de vestir podem intimidá-la.

Assim, você deve não apenas evitar os seus preconceitos, mas também ser sensível aos preconceitos da entrevistada. Quando a mulher não puder responder à pergunta imediatamente, espere e nunca seja impaciente. Se você não entender alguma resposta, pergunte de novo sem insinuar que a culpa é dela. Para evitar que ela ajuste as respostas àquilo "esperado" ou "desejável", a melhor coisa que você pode fazer é evitar seus próprios preconceitos durante a entrevista.

## **8. QUESTIONÁRIO**

### **Características**

O questionário foi desenhado para facilitar o seu trabalho e também para permitir que a entrevistada forneça as informações necessárias de uma forma lógica. O questionário consta de uma capa e quatro seções:

**Seção 1:** Características

**Seção 2:** Histórico de gravidez e métodos anticoncepcionais

**Seção 3:** Aborto

**Seção 4:** Parto ou cesárea



No caso de errar ao anotar uma resposta textual ou uma data, passe apenas um traço sobre o que estiver errado e anote a resposta correta no lugar mais próximo. **Nunca** risque tudo de forma a esconder o que foi escrito anteriormente.

Se marcou um quadradinho errado, marque o erro com um traço horizontal no quadradinho assinalado errado e faça um X no quadradinho certo.

Em alguma oportunidade, infelizmente, poderá ser impossível obter uma resposta; a entrevistada pode não lembrar de algum dado. Neste caso, **peça para ela estimar a informação**, anote que o dado foi estimado. Uma mulher pode negar-se a responder uma pergunta. Neste caso, escreva **RECUSA** frente à pergunta correspondente.

### **Encerrando a entrevista**

Uma vez obtida toda informação desejada, encerre a entrevista de forma amável. Depois de ter feito a última pergunta, informe à entrevistada que isso era tudo o que queria perguntar e revise o questionário.

Deve despedir-se agradecendo pelo tempo que a entrevistada lhe dedicou e **pelo fato de** haver respondido às perguntas.

Lembre-se que poderá haver necessidade de voltar a falar com essa entrevistada a fim de corrigir algum dado ou obter informação adicional; em alguma ocasião futura outra pessoa poderá procurá-la para um outro estudo. Sua atitude como entrevistadora influenciará o resultado de outra entrevista que poderá vir a ser feita com essa mulher.

## **9. REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS COMPLETOS**

Depois de completar uma entrevista você deve revisar o questionário preenchido. Isto significa revisar toda a entrevista, lendo cuidadosamente todas as respostas. Pode esclarecer dúvidas quanto a sua própria letra ou quanto a alguma resposta.

Idealmente, esta revisão deverá ser feita antes de separar-se da entrevistada, para poder obter qualquer informação que falte. Se não for possível, olhe todo o questionário rapidamente para estar segura de ter feito as perguntas pertinentes. Você sempre deve revisar cuidadosamente o questionário antes de entregá-lo de volta à sua coordenadora.

Uma vez que uma entrevista esteja completa, o questionário deverá ser desenvolvido aos responsáveis, quando será, então, revisado.

Esta revisão irá descobrir inconsistências, respostas incompletas ou em branco, etc. Isto permitirá corrigir alguns erros na entrevista e/ou enviar a entrevistadora de volta a entrevistada para fazer as correções necessárias.

Quando o questionário for considerado completo, as informações serão codificadas, ou seja transformadas em números. Quando este processo estiver terminado, os dados serão passados a um computador, o que permitirá a produção de tabelas e a análise dos resultados obtidos.

## **10. CONTROLE DE QUALIDADE**

Para assegurar a qualidade de seu trabalho, as seguintes medidas serão tomadas durante o trabalho de campo:

- cada questionário que você completar será revisado cuidadosamente, para assegurarmos de que esteja bem preenchido;
- sua coordenadora discutirá periodicamente seu trabalho com você;
- alguém da direção também pode revisar e discutir seu trabalho;

## **11. PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO**

### **a) A capa do questionário**

Ao iniciar a entrevista, escreva o seu nome no espaço correspondente, assinale o local da entrevista e anote a data. Após ter feito a entrevista anote no check-list o número do questionário usado para essa entrevista.

### **b) Seção 1. Características**

Antes de iniciar as perguntas, explique à entrevistada que você está interessada em obter dela alguns dados pessoais, como estado civil, escolaridade, etc. Que as informações/opiniões

fornecidas por ela são confidenciais e que só você saberá que foi ela que respondeu àquele questionário.

A seguir aparecem as instruções para cada pergunta:

**1.1 Qual a data do seu nascimento?**

Anote a data de nascimento da mulher. Se ela não lembra ou tem dúvida, copie de algum documento (bilhete de identidade, cédula ou NID). Se não for possível obter a informação, marque o quadradinho correspondente à resposta "NÃO SABE/NÃO LEMBRA".

**1.2 Quantos anos completos a Sra. tem?**

Escreva a idade que a mulher completou em seu último aniversário. Compare a data de nascimento com a idade.

**I.1.2 ENTR. CORRIJA EM CASO DE DÚVIDA. USAR: Bilhete de Identidade, Cédula OU NID.**

Se houver dúvida cheque com a entrevistada, **não decida** qual dado é correto. Por exemplo: Se a entrevistada nasceu dia 26.04.60 e diz ter 33 anos, você deverá checar se ela nasceu em 60 e portanto, vai fazer 33 ou se na verdade nasceu em 59 e já tem 33 anos.

Para facilitar o seu trabalho, faça as contas na mesma folha. Lembre-se que interessa os **anos completos** por ocasião da entrevista.

**I.1.2 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.**

Assinale a alternativa correta, segundo a cor da entrevistada. Em caso de ficar em dúvida quanto à cor assinale a alternativa |5|.

**1.3 Foi à escola?**

Marque a alternativa correta, conforme a mulher tenha ou não frequentado a escola. Se ela não foi à escola PASSE A 1.7.

**1.4 Qual a última classe que completou?**

Deverá ser registrado a **última** classe completada. Se ela não souber ou não lembrar, faça um X na alternativa |8|.

**1.5 A Sra. frequentou algum curso médio ou superior?**

Assinale a alternativa correta, segundo o curso que a entrevistada frequentou.

**I.1.3 ENTR. ASSINALE SOMENTE O CURSO SUPERIOR QUANDO A ENTREVISTADA REFERIR TER FEITO OS DOIS CURSOS.**

Se a mulher referir ter frequentado o curso médio e também o superior, assinale somente o **superior**. Caso a mulher não tenha frequentado nenhum desses cursos, assinale a alternativa |3| e PASSE A 1.7.

1.6 A Sra. completou esse curso?

Marque a alternativa correta, segundo a entrevistada tenha completado ou não o curso. PASSE A 1.9 após essa pergunta.

1.7 A Sra. sabe ler?

Assinale a alternativa correta.

1.8 A Sra. sabe escrever?

Marque a alternativa correta.

1.9 A Sra. trabalha?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher não trabalha PASSE A 1.12.

1.10 O que a Sra. faz?

Anote textualmente a resposta, com as mesmas palavras que a entrevistada usar. Caso a resposta tenha sido dada em outra língua, anote-a em português.

1.11 Quanto a Sra. ganha?

Preencha os quadradinhos com o valor que a mulher diz ganhar.

1.12 Atualmente a Sra. é casada, solteira, separada ou viúva?

Leia todas as alternativas para a mulher. Esta variável refere-se à situação atual da mulher em relação a um parceiro. Não interessa seu **estado civil**, mas sim, se tem ou não um parceiro atualmente.

Marque a alternativa correta.

**Solteira:** a mulher declara ser solteira.

**Casada:** a mulher mora com seu marido.

**Separada:** a mulher estava casada ou vivia junto com um parceiro e atualmente está separada do marido ou do parceiro e **não mora** com outro homem.

**Viúva:** a mulher é viúva (de um casamento legal ou de uma convivência) e **não mora** com outro homem.

1.13 A Sra. vive junto com um parceiro?

Se a mulher referir não viver junto com um parceiro PASSE A I.1.4.

1.14 Seu marido foi à escola?

Marque a alternativa correta. Se a entrevistada referir que o marido não foi à escola ou não se lembra PASSE A 1.18.

1.15 Qual a última classe que ele completou?

Deverá ser registrado a última classe completada.

1.16 Ele frequentou algum curso médio ou superior?

Assinale a alternativa correta, segundo ele tenha frequentado algum curso médio ou superior.

Se a entrevistada referir que o marido frequentou tanto o curso médio quanto o superior, assinale somente o superior. Caso ele não tenha frequentado (alternativa |3| ) ou ela não souber ou não se lembrar (alternativa |8|) PASSE A 1.18.

1.17 Ele completou esse curso?

Assinale a alternativa correta e PASSE A 1.20.

1.18 Ele sabe ler?

Marque a alternativa correta.

1.19. Ele sabe escrever?

Assinale a alternativa correta.

1.20 Seu marido trabalha?

Marque a alternativa correta. Se ele não trabalhar PASSE A 1.23.

1.21 O que o seu marido faz?

Anote textualmente a resposta, com as mesmas palavras que a entrevistada usar. Caso a resposta tenha sido dada em outra língua, anote-a em português.

1.22 Quanto seu marido ganha?

Preencha os quadradinhos com o valor que a entrevistada disse. Caso ela não souber ou não se lembrar, escreva ao lado que ela não sabe.

1.23 Seu marido tem outras mulheres ou casas?

Marque a alternativa correta.

I.1.4 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre outros assuntos.

Leia o conteúdo dessa Instrução para a entrevistada.

1.24 Qual a sua religião?

Assinale a alternativa correta. Lembre-se que romana, roma ou cristã de roma é a alternativa |1| católica; e cristã é o mesmo que protestante, alternativa |3|.

Se a entrevistada referir não ter religião, assinale a alternativa |8| Nenhuma e PASSE A 1.26.

1.25 A Sra. vai ao culto todas as semanas?

Marque a alternativa correta, segundo a mulher vá ou não ao culto todas as semanas.

1.26 Qual a sua língua materna?

Assinale a alternativa correta, segundo a língua materna que a mulher referir.

1.27 A Sra. nasceu em Maputo ou em outro lugar?

Assinale |1| se a resposta for Maputo ou |2| se for em outro lugar.

1.28 Há quanto tempo vive em Maputo?

Anote os meses ou anos que a entrevistada referir. Se ela não lembrar, assinale a alternativa |8|.

1.29 Em que bairro a Sra. mora?

Anote textualmente a resposta dada pela entrevistada.

1.30 De que material é feita sua casa?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher referir algum outro material, faça um X na alternativa |4| e anote textualmente o tipo de material.

1.31 Quantas divisões tem a sua casa?

Anote o número de divisões que a entrevistada referir.

1.32 Quantas divisões são usadas para dormir?

Anote o número de divisões que a mulher referir que são usadas para dormir.

1.33 A casa de banho é dentro de casa, fora ou não tem?

Leia todas as alternativas para a entrevistada. Se ela disser que a casa de banho é fora de casa ou que não tem casa de banho, PASSE A 1.35.

1.34 Quantas casas de banho tem na casa?

Anote o número de casas de banho que a mulher referir.

1.35 Na sua casa tem \_\_\_\_\_?

Leia os itens de 1 à 7; para cada um dos itens assinale se tem |1| ou não |2| na casa da entrevistada.

1.36 Quantas pessoas moram na casa com a Sra.?

Anote o número de pessoas que a mulher referir.

1.37 Quantas dessas pessoas são crianças?

Anote o número de crianças. Lembre-se que este número não pode ser superior ao anotado na 1.36.

1.38 Quantas das pessoas que moram com a Sra. trabalham?

Anote o número de pessoas que trabalham e moram com a entrevistada.

### **c. Seção 2. Histórico de gravidezes e métodos anti-concepcionais**

I.2.1 ENTR. DIGA: Agora vou lhe falar sobre as gravidezes que a Sra. teve.

Leia o conteúdo dessa instrução para a entrevistada.

2.1 Quantas vezes ficou grávida?

Anote nos quadradinhos o número de gravidezes que a mulher referir.

2.2 A sua \_\_\_\_\_ gravidez terminou em nascido, nascido morto ou aborto?

Para cada uma das gravidezes que a mulher referir pergunte o término, lendo todas as alternativas para a mulher.

**Por exemplo:** A sua primeira gravidez terminou em nascido vivo, nascido morto ou aborto?

E assim por diante até completar o número de gravidezes referido pela mulher na pergunta 2.1.

Anote o resultado de cada gravidez no quadro, fazendo um X para a resposta que corresponder: Nascido vivo, nascido morto ou aborto. Lembre-se que cada gravidez terá somente uma alternativa assinalada.

**Por exemplo:**

Se a entrevistada ficou 6 vezes grávida e referir que a primeira foi nascido vivo, a segunda foi aborto, a terceira nascido vivo, a quarta e quinta nascido morto e a sexta nascido vivo as respostas serão anotadas no quadro desta forma:

|          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| N. VIVO  | X |   | X |   |   | X |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| N. MORTO |   |   |   | X | X |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| ABORTO   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |

**2.3 Quantos filhos estão vivos?**

Anote nos quadradinhos o número de filhos que estão vivos, no momento da entrevista.

**2.4 Quantos filhos são raparigas?**

Anote o número de raparigas que a mulher referir.

**2.5 Quantos filhos são rapazes?**

Anote o número de rapazes referido.

**I.2.2 ENTR.**  $2.3 = 2.4 + 2.5$ , CASO NÃO SEJA, CORRIJA COM A ENTREVISTADA.

Lembre-se que a soma do número anotado na 2.4 com o número anotado na 2.5 tem que ser igual ao número anotando na 2.3. Caso essa soma não bata com a 2.3, corrija consultando a entrevistada.

**I.2.3 ENTR. DIGA:** Agora vou lhe falar sobre maneiras de evitar filhos.

Leia o conteúdo dessa instrução para a entrevistada antes de continuar as perguntas.

## 2.6 A Sra. sabe que há maneiras de evitar a gravidez?

Assinale a alternativa correta. Se a entrevistada referir não saber assinale a alternativa |2| e PASSE A F.2.1.

**1.2.4 ENTR. FAÇA A PERGUNTA 2.7, DEPOIS A 2.8. PARA CADA MÉTODO CONHECIDO PERGUNTE 2.9.**

## 2.7 Quais maneiras a Sra. conhece?

Deixe a mulher referir espontaneamente. Escreva um SIM em frente a cada método referido na coluna 2.7 ESP. Se a mulher não entender a palavra maneira, explicar que são métodos para evitar filhos.

## 2.8 Conhece ou ouviu falar?

Somente para os métodos não referidos espontaneamente na 2.7 pergunte se conhece ou ouviu falar. Por exemplo, se a entrevistada não referiu conhecer o comprimido, pergunte: "Conhece ou ouviu falar do comprimido?" Escreva um SIM em frente a cada método para o qual a mulher responder positivamente, na coluna 2.8 PER.

## 2.9 Usou alguma vez?

Para cada método com um SIM na coluna 2.7 ou 2.8, pergunte se a mulher já usou alguma vez. Assinale a alternativa correta segundo a mulher tenha usado ou não.

Por exemplo: se a mulher conhece o comprimido pergunte: A Sra. usou alguma vez o comprimido?

## 2.10 O que é que estava a usar antes de engravidar desta vez?

Anote textualmente a resposta. Se ela responder que estava a usar dois métodos, por exemplo: camisa e interrupção do ato sexual, APROFUNDE perguntando qual estava a usar com mais frequência. Se ela estava a usar algum método PASSE A 2.12; mas se ela responder que não usava método nenhum assinale a alternativa |8| NADA/NENHUMA e faça a próxima pergunta.

Se a mulher referir uso de algum método que não consta como conhecido na 2.7 e nem na 2.8, volte e marque o método como conhecido na 2.8 e assinale SIM para 2.9. Se esse método não constar da lista anote-o textualmente na alternativa 7 e assinale 2.7 e SIM para a 2.9.

## 2.11 Por que?

Com esta pergunta queremos saber a razão da entrevistada não estar usando NENHUM método antes de engravidar. APROFUNDE para saber se há mais alguma razão. Após anotar textualmente a resposta

PASSE A 2.14.

**2.12** Quanto tempo antes de engravidar deixou de usar?

Interessa a informação mais exata possível sobre o tempo que deixou de usar o método anticoncepcional. Caso ela responda que não lembra procure **APROFUNDAR** e ver se ela não associa com algum fato ocorrido na mesma época e que permita estimar a data. Anote tudo que a mulher disser a respeito desse tempo. Caso ela realmente não se lembre assinale a alternativa |8|. Se a mulher referir que estava usando um método quando engravidou marque a alternativa |7|  
PASSE A 2.14.

**2.13** Por que é que deixou de usar?

Anote textualmente a resposta. Queremos saber com esta pergunta qual o motivo que levou a entrevistada a deixar de usar o método que usava. Aprofunde quando necessário.

**2.14** A Sra. queria esta gravidez?

Assinale a alternativa correta. Se a resposta for |1| SIM, PASSE A F.2.1.

**2.15** Por que engravidou? (Mais alguma coisa?)

Interessa saber porque mesmo não querendo a gravidez ela engravidou. Anote textualmente a resposta. Se necessário **APROFUNDE**.

**F.2.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO O LOCAL DA ENTREVISTA.**

|1| PUERPÉRIO  
PASSE A Seção 4

|2| GIN. I e II

As mulheres entrevistadas na Gin. I e II **devem** responder a Seção 3. As mulheres que forem entrevistadas no Puerpério **devem** ir para a Seção 4.

**d) Seção 3. Aborto**

**I.3.1 ENTR. DIGA:** Agora vamos falar sobre o aborto que a Sra. teve.

Leia para a entrevistada o conteúdo dessa **Instrução** antes de continuar a entrevista.

**3.1** O que era para si o autor da gravidez (o dono da grávida)?

Assinale a alternativa correta segundo a resposta da entrevistada. Se a mulher referir outra pessoa que não esteja na

lista, assinale a alternativa |4| e anote textualmente a resposta.

**3.2** A Sra. falou com alguém para decidir fazer esse aborto?

Marque a alternativa correta segundo a entrevistada tenha ou não conversado com alguém para decidir. Se a mulher responder afirmativamente PASSE A 3.4.

**3.3** Por quê?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber porque a mulher não conversou com alguém para decidir. Não aceite resposta do tipo "porque não", **APROFUNDE** e depois PASSE A 3.6.

**3.4** Com quem a sra. falou?

Marque a alternativa correta. Lembre-se de que a mulher pode referir ter conversado com mais de uma pessoa. Se for referida outra pessoa que não esteja na lista, assinale a alternativa |7| e anote textualmente quem foi.

**3.5** O que é que essa pessoa lhe aconselhou?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber o que a pessoa falou para a mulher. **APROFUNDE** se necessário.

**3.6** Por que a sra. decidiu fazer esse aborto?

Anote textualmente a resposta. O que se pretende é saber que motivos levaram a entrevistada a fazer o aborto.

**3.7** Quantos meses de gravidez tinha quando fez o aborto?

Anote os meses que a mulher referir. Se a mulher não lembra, **APROFUNDE**, tentando obter informações que possam estimar quantos meses.

**3.8** Onde a Sra. fez esse aborto?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher fez o aborto em sua própria casa PASSE a 3.10.

Caso ela mencione outro local assinale a alternativa |5| e anote textualmente qual foi esse local.

**3.9** Como é que ficou a saber que nesse local podia fazer o aborto?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber como a mulher ficou sabendo que nesse local podia fazer o aborto. **APROFUNDE** se necessário.

**3.10 Quem fez o aborto?**

Assinale a alternativa correta. Se foi a própria mulher que fez o aborto (sózinha) PASSE A 3.12. Se for referido outra pessoa que não esteja na lista, assinale a alternativa |5| e anote textualmente quem foi.

**3.11** A pessoa que fez o aborto tratou a Sra. muito bem, bem, regular ou mal?

Assinale a alternativa correta.

**3.12** Para fazer o aborto mexeram (mexeu) por abaixo?

Marque a alternativa correta, segundo a resposta for sim ou não.

**3.13** Como foi feito o aborto?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber se o aborto foi feito com algum material perfurante, se foi usado sonda, se foi por aspiração, etc.

**3.14** A Sra. dormiu enquanto estavam a fazer o aborto?

Marque a alternativa correta, segundo a mulher tenha dormido ou não.

**3.15** A Sra. tomou algum remédio depois do aborto?

Assinale a alternativa correta. Se a resposta for |2| NÃO, PASSE A F.3.1

**3.16** Quantos dias tomou o remédio?

Anote o total de dias referido pela entrevistada.

**F.3.1. ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.10**

Se for SÓZINHA, PASSE A 3.22; mas se o aborto foi feito por outras pessoas que não a entrevistada faça a próxima pergunta.

**3.17** Teve que pagar pelo aborto?

Assinale a alternativa correta, se a resposta for NÃO, PASSE A 3.21.

**3.18** Quanto a Sra. pagou?

Anote o valor referido pela mulher. Se ela não se lembrar assinale a alternativa |8|.

3.19 O preço foi caro, muito caro, razoável ou barato?

Leia todas as alternativas para a entrevistada e assinale a alternativa correta.

3.20 Como é que a Sra. conseguiu dinheiro para pagar o aborto?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber como a mulher pagou o aborto. APROFUNDE se necessário.

3.21 Quem foi com a Sra. fazer o aborto?

Assinale a alternativa correta. Lembre-se que a mulher pode referir mais de uma pessoa. Se ela referir outra pessoa que não esteja na lista, assinale a alternativa |5| e anote textualmente a resposta.

3.22 Como a Sra. se sentiu depois de ter feito esse aborto?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber como a mulher se sentiu tanto fisicamente quanto emocionalmente.

F.3.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO O LOCAL DA ENTREVISTA.

Se a entrevista estiver sendo feita na Gin. I faça a próxima pergunta, mas se estiver sendo feito na Gin. II PASSE A 3.24.

3.23 Como é que a Sra. ficou a saber que podia pedir interrupção da gravidez no hospital?

Anote textualmente a resposta. APROFUNDE se necessário e depois encerre a entrevista.

3.24 A Sra. sabe que pode pedir interrupção da gravidez no hospital?

Assinale a alternativa correta. Se a resposta for NÃO, encerre a entrevista.

3.25 Por que a Sra. não pediu a interrupção no hospital?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber porque mesmo sabendo que podia pedir a interrupção da gravidez no hospital a mulher não o fez. Depois de anotar a resposta encerre a entrevista.

**e) Seção 4. Parto normal e cesárea**

**I.4.1 ENTR. DIGA:** Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua gravidez.

Leia para a entrevistada o conteúdo desta instrução.

**4.1** O que era para si o autor da gravidez (dono da grávida)?

Assinale a alternativa correta segundo a resposta da entrevistada. Se a mulher referir outra pessoa que não esteja na lista, assinale a alternativa |4| e anote textualmente a resposta.

**4.2** A Sra. queria esta gravidez?

Marque a alternativa correta. Se a resposta for SIM, PASSE A 4.9.

**4.3** A Sra. pensou na altura em tirar esta gravidez?

Assinale a alternativa correta. Se a resposta for NÃO, PASSE A 4.9.

**4.4** Fez alguma coisa para tirar esta gravidez?

Marque a alternativa correta. Se a resposta for NÃO, PASSE A 4.9.

**4.5** O que a Sra. fez?

Anote textualmente a resposta. APROFUNDE quando necessário.

**4.6** A Sra. falou com alguém para decidir se tirava a gravidez?

Assinale a alternativa correta. Se a resposta for NÃO, PASSE A 4.9.

**4.7** Com quem a Sra. falou?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher referir outra pessoa que não esteja na lista, assinale a alternativa |7| e anote textualmente a resposta.

**4.8** O que essa pessoa lhe aconselhou?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber o que a pessoa falou para a mulher. APROFUNDE se necessário.

**4.9** Por que a Sra. decidiu levar essa gravidez até o fim?

Anote textualmente a resposta. Interessa saber porque a mulher teve o filho. APROFUNDE quando necessário e encerre a entrevista.

## 12. INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O CHECK-LIST

Antes de começar a entrevista você deverá preencher o check-list.

Se a mulher estiver internada para parto normal ou cesárea, pediu interrupção da gravidez ou teve aborto clandestino faça a pergunta 4.

Se a mulher aceitar participar do estudo anote o nome da paciente e o número do questionário usado para a entrevista.

Entregue o check-list dentro do questionário correspondente para sua coordenadora.

Caso a mulher se recuse a responder ou esteja muito doente, voce anotará o motivo dela nao ter sido entrevistada no check-list. Esse check-list deve ser entregue a coordenadoria e essa entrevista deve ser substituída. Para fazer a substituição você deverá entrevistar a próxima mulher internada do grupo em que deve haver substituição. Por exemplo, se você teve uma recusa de uma mulher internada para o parto, você deverá entrevistar a próxima mulher internda para ter o filho.

A N E X O 3

MANUAL DE CRÍTICA

**CARACTERÍSTICAS DE MULHERES COM ABORTO PROVOCADO,  
INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ E PARTO.**

**AVALIAÇÃO DOS CUSTOS ECONÔMICOS E DE SAÚDE**

**MANUAL DE CRÍTICA**

**CEMICAMP  
Campinas, Janeiro de 1993**

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 01 |
| 2. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO .....                                   | 01 |
| 3. COMO CONFERIR O QUESTIONÁRIO .....                                    | 01 |
| 4. REVISÃO .....   | 02 |
| Questionários perdidos .....   | 03 |
| Substituições .....  | 03 |
| Folha de revisão .....   | 03 |
| Folha da entrevistadora .....  | 03 |
| Ficha de controle da numeração dos questionários .....                   | 03 |
| 5. FALTA DE RESPOSTA E PROBLEMAS RELACIONADOS .....                      | 04 |
| Significado da falta de resposta .....                                   | 04 |
| Lidando com a falta de resposta: princípios gerais ....                  | 04 |
| Entrevista incompleta por quaisquer outras razões .....                  | 05 |
| 6. QUESTIONÁRIO .....  | 06 |
| Instruções gerais .....  | 06 |
| Instruções específicas .....   | 06 |
| a) A capa .....  | 06 |
| b) Seção 1. Características .....  | 06 |
| c) Seção 2. Histórico de gravidezes e métodos<br>anticoncepcionais ..... | 07 |
| d) Seção 3. Aborto .....   | 08 |
| e) Seção 4. Parto normal ou cesárea .....                                | 10 |

**Anexo 3.1 - Folha de revisão**

**Anexo 3.2 - Folha da entrevistadora**

**Anexo 3.3 - Ficha de controle da numeração dos questionários**



- c) a escrita é legível por qualquer pessoa.
- d) todos os PASSE A e FILTROS foram seguidos corretamente;
- e) as perguntas não pertinentes não têm qualquer resposta anotada;
- f) as informações registradas são consistentes entre si;
- g) as respostas são legíveis e há detalhes suficientes para que possam ser facilmente entendidas;
- h) há apenas uma resposta assinalada para cada pergunta.

Após revisar cada questionário anote seu nome no local da "1ª REVISÃO". A seguir escreva OK e a data em que você considera que o questionário não tem erros.

Não apague totalmente nenhuma informação anotada pela entrevistadora. Risque o erro com um traço horizontal no caso de resposta textual e com dois traços inclinados quando for alternativa. Anote a resposta correta. Caso você tenha feito alguma correção indevida, isto é, riscou alguma informação que seja correta, anote "vale" ao lado do que foi riscado.

Caso haja um erro sério no questionário, que nem você nem a entrevistadora possam resolver conversando, você deve enviar a entrevistadora novamente à pessoa entrevistada, para corrigir a informação ou colher os dados que faltam.

Você pode corrigir sozinha quaisquer erros pequenos que sejam obviamente causados por falhas de registro por parte da entrevistadora. Se houver dúvidas, você precisa consultar a entrevistadora. Se ela for incapaz de responder às suas perguntas satisfatoriamente, você deve pedir-lhe que visite novamente a entrevistada para obter a informação correta. Use o verso das páginas do questionário para seus comentários ou explicações, caso necessário.

Lembre-se que nem você nem a entrevistadora devem inferir respostas.

#### 4. REVISÃO

Os questionários serão revisados na mesma ordem em que forem recebidos. Cada questionário poderá: estar preenchido corretamente; apresentar algumas dúvidas e/ou conter erros; ser considerado "perdido".

**Questionários preenchidos corretamente:** na capa, no local da 1ª REVISÃO anote seu nome, ok e data.

**Quando houver dúvidas e/ou erros:** verifique se é possível completar a informação incompleta com base em algum dado existente em outra pergunta. Por exemplo, se não existe informação sobre se a mulher foi ou não à escola, porém, na pergunta seguinte aparece anotado a última classe que ela completou, você pode assinalar |1| SIM como resposta à pergunta.

Quando não for possível completar a informação dessa forma, você deverá checar com a entrevistadora se ela pode fornecer a informação omitida. Nesse caso na capa, no local da "1ª REVISÃO" - anote seu nome, a data e se há dúvidas, erros ou ambos. E chegue essa dúvida com a entrevistadora o mais breve possível.

Se não for possível esclarecer a dúvida com a entrevistadora, e não for possível a entrevistadora voltar a falar com a mulher entrevistada, anote 9 no canto direito da pergunta incompleta ou sem resposta.

**Questionários perdidos:** os questionários deverão ser considerados perdidos pelo editor quando:

- a) a mulher não obedecer a nenhum dos critérios de seleção do check-list
- b) a mulher recusa-se a responder a muitas perguntas do questionário;

Quando o questionário for considerado perdido, anotar no local da "1ª REVISÃO" o seu nome, "perdida" no local do resultado e a data.

**Substituições:** deverá haver substituição quando o questionário for considerado perdido.

**Folha de revisão:** todas as dúvidas e/ou erros que necessitarem de esclarecimentos com a entrevistadora deverão ser anotados (resumidamente) em uma folha separada e própria. Esta folha deverá conter o número do questionário e o nome da entrevistadora bem legíveis. Deverá ser grampeada à capa do questionário, até que todas as dúvidas sejam esclarecidas (Anexo 3.1).

As folhas de revisão deverão ser guardadas, depois de eventuais esclarecimentos. **Não jogue nada fora.**

**Folha da entrevistadora:** nessa folha, o editor anotará para cada questionário: o resultado (completa/perdida) e a data em que foi dado o resultado (Anexo 3.2). As Folhas de Controle para Pagamento da Entrevistadora deverão ser arquivadas em uma pasta especial.

**Ficha de controle da numeração dos questionários:** nessa ficha estará anotada a numeração dos questionários entregues para as entrevistadoras (Anexo 3.3). Após revisar o questionário, e o mesmo estiver Ok, você deverá colocar um Ok na frente do número desse questionário na ficha de controle. Se o questionário estiver com dúvidas ou tiver sido considerado perdido, você colocará um D (dúvidas) ou um p (perdido) no número desse questionário.

## **5. FALTA DE RESPOSTA E PROBLEMAS RELACIONADOS**

### **Significado da falta de resposta**

Como você sabe, este levantamento é conduzido com base em amostragens. É importante para a qualidade da pesquisa que se obtenha informação para todas as mulheres selecionadas.

Contudo, na prática, as entrevistadoras podem até certo ponto ficar aquém deste ideal. Elas podem não anotar informação alguma de certas mulheres, enquanto que de outras podem obter apenas informação incompleta. Esta falha em obter informação completa de alguns "elementos" selecionados e designados para a amostragem é chamada "falta de resposta". Uma de suas responsabilidades de supervisão é reduzir a proporção da falta de resposta o máximo possível.

A falta de resposta pode ter várias causas, mas as mais importantes são:

- a) a impossibilidade da entrevistadora fazer a entrevista com a mulher selecionada
- b) a recusa da pessoa em ser entrevistada

### **Lidando com a falta de resposta: princípios gerais**

Podemos resumir alguns pontos importantes sobre os problemas da falta de resposta:

- a) apesar de esperarmos que a maior parte da falta de resposta se deva a dificuldades reais, é possível que seja também causada por esforço ou cuidado insuficientes por parte do pessoal de campo.

Você precisa manter uma supervisão cuidadosa sobre esse aspecto do desempenho de suas entrevistadoras. Certifique-se de que elas tentam fazer o melhor para conseguir entrevistas completas de todas as mulheres selecionadas.

- b) uma das maneiras mais eficazes de reduzir a proporção da falta de resposta é fazer várias visitas aos setores.
- c) é importante para a coordenação saber, tanto quanto possível, sobre as circunstâncias que resultam em falta de resposta (por exemplo, recusou-se a ser entrevistada, está muito doente, etc.). Com este propósito, você precisa conferir se todos os check-list estão preenchidos corretamente.
- d) todas as mulheres selecionadas devem ter um questionário. Se a entrevista tiver sido iniciada, mas não completada, a entrevistadora deve devolver-lhe o questionário atribuído a essa mulher. Se a mulher não for entrevistada (recusa, problema mental, etc) a entrevistadora tem que ter essa informação anotada no check-list.
- e) se você notar que os problemas de falta de resposta são mais frequentes que o normal (muitas pessoas se recusam a responder), você precisa visitar o setor para detectar a causa dos problemas.

Se você notar que alguma de suas entrevistadoras está tendo problemas (recusas, etc) será necessário acompanhá-la ao setor.

Pode haver várias razões para o fracasso em conseguir entrevistas completas, mas certas regras aplicam-se a todos os casos: mantenha registros fiéis; certifique-se de que as entrevistadoras façam o melhor possível; assista às entrevistadoras de todas as maneiras possíveis a fim de que entrevistas completas sejam obtidas no máximo de casos, sem necessidade de substituir mulheres, se uma entrevistadora falhar em um caso particular, estude a possibilidade de atribuir o trabalho a outra ou tentar você mesma.

### **Entrevista incompleta por quaisquer outras razões**

Tais casos podem surgir de várias maneiras:

- a) a entrevistadora omitiu certos itens do questionário, por engano;
- b) a pessoa recusou-se a responder certas questões;
- c) alguma coisa interrompeu a entrevista antes que pudesse ser completada.

As entrevistadoras são instruídas a conferir suas próprias entrevistas completas e voltar a visitar a pessoa caso o questionário não esteja completo.

Para quaisquer folhas ou questionários incompletos devolvidos, você precisa perguntar à entrevistadora se ela pode fornecer a informação omitida. Se isto não for possível, você deve pedir a ela que visite novamente a pessoa entrevistada. Como regra geral, deve-se tentar retornar às mulheres em todos os casos de entrevistas incompletas ou com erros.

## 6. QUESTIONÁRIO

### Instruções gerais

Confira se foram seguidos todos os PASSES e os FILTROS pertinentes e se há uma resposta para cada pergunta correspondente.

O editor não deverá apagar nenhuma informação preenchida pela entrevistadora. Deve riscar o erro com um traço horizontal, no caso de resposta textual, e com dois traços inclinados quando for alternativa (sempre em vermelho). Em seguida deve anotar a informação correta.

Caso o editor tenha feito alguma correção indevida, isto é, riscou alguma informação que seja correta, anotar em vermelho "vale" ao lado de onde riscou. O mesmo se aplica quando essa correção tiver sido feita pela entrevistadora.

### Instruções específicas

#### a) A capa

- Verifique se está preenchida com as informações correspondentes: nome da entrevistadora, local e data da entrevista.

#### b) Seção 1. Características

Confira se a data de nascimento (1.1) e a idade (1.2) da entrevistada são consistentes. Na 1.4 e 1.15 verificar se está especificada a classe. E na 1.5 tem que ter somente uma resposta assinalada.

Se na 1.3 a resposta foi **NÃO** (1.3 = |2|) não há respostas na 1.4, 1.5 e 1.6.

Quando houver resposta na 1.6 as perguntas 1.7 e 1.8 ficam sem respostas anotadas.

Se a entrevistada não trabalhar, as perguntas 1.10 e 1.11 ficam sem respostas anotadas.

Ao perguntar 1.12 deverá ter uma resposta assinalada; se a mulher referir não viver junto com um parceiro, as perguntas de 1.14 a 1.23 não terão respostas anotadas, pois as mesmas devem ser feitas somente para mulheres que vivam com um companheiro.

Todas as entrevistadas devem responder à pergunta 1.24. As que referiram não ter nenhuma religião, não respondem à pergunta 1.25.

As perguntas 1.26 até 1.33 deverão ter uma resposta anotada em todos os questionários feitos; no entanto, a pergunta 1.34 só terá resposta se na 1.33 a resposta assinalada foi igual a |1| DENTRO.

As perguntas de 1.35 até 1.38 devem ter uma resposta assinada.

### c) Seção 2. Histórico de gravidezes e métodos anticoncepcionais

A pergunta 2.1 deve ter o número que corresponde às gravidezes que a mulher referiu ter tido até o momento da entrevista, incluindo essa última.

Na 2.2 deverá estar assinalado o desfecho de cada uma das gravidezes que a mulher referiu. Por exemplo: se na 2.1 a entrevistada disse que já ficou grávida 6 vezes, na 2.2 deverá estar assinalado o desfecho para cada uma delas. Se na primeira gravidez foi nascido vivo deverá ter um X no quadrinho correspondente.

As perguntas 2.3 até 2.5 devem ter um número anotado nos quadrinhos correspondentes. **Atenção:** o número de filhos vivos deverá ser igual à soma do número de raparigas e rapazes.

Todos os questionários preenchidos deverão ter uma resposta na pergunta 2.6, mas se a mulher respondeu NÃO, as perguntas 2.7 até 2.13, ficam em branco (sem resposta) e deverá ter uma alternativa assinalada na 2.14.

Nas perguntas 2.7 e 2.8 verifique que cada método esteja assinalado apenas em uma das colunas. Verifique também se para cada método assinalado na 2.7 ou na 2.8 foi perguntado se a entrevistada já o usou alguma vez. Portanto, para cada método assinalado na 2.7 ou 2.8 deve ter um SIM ou NÃO assinalado na 2.9.

Na pergunta 2.10 deverá ter um método anotado

textualmente ou um X na alternativa |8|. Se houver um método anotado, a pergunta 2.11 fica em branco, mas se a entrevistada referiu não usar nenhum método, a pergunta 2.11 deve ter uma resposta anotada textualmente. Verifique se essa resposta responde realmente a pergunta feita.

A pergunta 2.12 deve ter uma resposta quando a mulher referiu algum método na 2.10.

Se a mulher engravidou usando um método (2.12 = |7|) a pergunta 2.13 não deverá ter resposta anotada.

Todas as mulheres devem ter respondido a pergunta 2.14. Caso a resposta tenha sido SIM, a mulher vai para o Filtro F.2.1.

Se a resposta na pergunta 2.14 for NÃO, deverá ter uma resposta anotada textualmente na pergunta 2.15. Verifique se a resposta anotada realmente responde a pergunta que está sendo feita.

O F.2.1 deve ter uma das alternativas assinalada. Se foi assinalado |1|, toda a Seção 3 deve ficar em branco (sem resposta), e a entrevista deverá ter sido prosseguida na Seção 4. Mas se a alternativa assinalada no filtro for |2|, a entrevista deve ter continuado na Seção 3 e a Seção 4 fica, portanto, em branco (sem respostas).

#### **d) Seção 3. Aborto**

As perguntas 3.1 e 3.2 deverão ter uma resposta assinalada em todos os questionários para os quais se aplicava a Seção 3.

Se a mulher respondeu SIM na pergunta 3.2 a pergunta 3.3 fica em branco, mas se a resposta foi NÃO, deverá ter uma resposta anotada textualmente na pergunta 3.3 e as perguntas 3.4 e 3.5 ficam em branco.

Veja se, quando na 3.4 há uma alternativa assinalada, a 3.5 tem uma resposta anotada textualmente. Verifique se esta resposta responde realmente a pergunta feita.

A pergunta 3.6 deve ter sido respondida textualmente por todas as mulheres que passaram pela Seção 3. Lembre-se de verificar se esta resposta responde realmente a pergunta feita. A pergunta 3.7 também deve ter sido respondida por todas as entrevistadas que passaram nessa seção.

Se a mulher referiu ter feito o aborto em sua própria casa (alternativa |1|) a pergunta 3.9 deve estar em branco. Para

as mulheres que deram outra resposta para a pergunta 3.8 deve ter uma resposta anotada textualmente na pergunta 3.9. Verificar se esta resposta está respondendo realmente a pergunta feita.

Na pergunta 3.10 deve ter um alternativa assinalada. Se a entrevistada referiu ter feito ela mesma (alternativa |1|), a pergunta 3.11 fica em branco. A pergunta 3.11 deve ter sido respondida pelas mulheres que responderam outras alternativas na pergunta 3.10.

Para todas as entrevistadas deve ter sido feita a pergunta 3.12, portanto deverá ter um SIM OU NÃO assinalado.

Na 3.13 deverá ter uma resposta anotada textualmente e a mesma deve responder a pergunta feita.

A 3.14 e 3.15 deverão ter uma resposta assinalada. Se na 3.15 a entrevistada respondeu NÃO, a 3.16 fica em branco.

O Filtro F.3.1 deverá ter uma alternativa assinalada. Se a alternativa assinalada for |1| SÓZINHA, as perguntas 3.17 até 3.21 ficam em branco, mas se a alternativa assinalada for |2| OUTRAS PESSOAS, as próximas perguntas deverão ter uma resposta assinalada.

Se a entrevistada não teve que pagar pelo aborto, as perguntas 3.18 a 3.20 ficam em branco; mas se ela teve que pagar, deverá ter respostas assinaladas na 3.18 e 3.19, e na 3.20 deverá ter uma resposta anotada textualmente. Verifique se esta resposta está respondendo a pergunta feita.

Na 3.21 deverá ter uma ou mais alternativas assinaladas.

A pergunta 3.22 terá uma resposta anotada textualmente. Verifique se esta resposta é consistente.

No Filtro F.3.2 estará assinalado uma das duas alternativas. Se a mulher estava sendo entrevistada na Gin II a pergunta 3.23 fica em branco, mas se ela estiver sendo entrevistada na Gin I haverá uma resposta anotada textualmente na 3.23 e a entrevista deve ter sido encerrada nessa pergunta.

Se a resposta na pergunta 3.24 for NÃO, a entrevista deve ter sido encerrada nessa pergunta; mas se a resposta assinalada for SIM haverá uma resposta anotada textualmente na pergunta 3.25 e a entrevista se encerra nesta pergunta.

#### **e) Seção 4. Parto normal e cesárea**

Em todos os questionários em que se aplicava a Seção 4,

haverá uma alternativa assinalada na pergunta 4.1. Se esta alternativa for |4| OUTRO, deverá estar anotada textualmente uma resposta.

Quando a entrevistada responder SIM na pergunta 4.2, as perguntas 4.3 a 4.8 ficam em branco, havendo somente uma resposta anotada textualmente na 4.9, mas se a resposta para esta pergunta foi NÃO, deverá ter uma resposta assinalada na pergunta 4.3.

Se foi assinalado NÃO na 4.3 ou na 4.4, as demais perguntas ficam em branco e só haverá resposta na 4.9.

Se a mulher pensou em tirar a gravidez (4.3=1) e fez alguma coisa para isto (4.4=1), haverá uma resposta anotada textualmente na 4.5. Lembre-se de verificar se esta resposta está respondendo realmente a pergunta feita.

Quando a entrevistada referir ter conversado com alguém para decidir se tirava essa gravidez (4.6=1), haverá resposta assinalada na 4.7 e anotada textualmente na 4.8. Se na pergunta 4.7 a mulher referir ter conversado com outra pessoa (alternativa |7|), estará anotado textualmente que pessoa foi.

Todas as mulheres que passaram pela Seção 4 devem ter respondido a pergunta 4.9. Verifique se a resposta que está anotada textualmente responde realmente a pergunta feita.

**ANEXO 3.1**  
**FOLHA DE REVISÃO**

## FOLHA DE REVISÃO

Nº DO QUESTIONÁRIO |\_|\_|\_|\_|\_|

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

CRITICA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## FOLHA DE REVISÃO

Nº DO QUESTIONÁRIO |\_|\_|\_|\_|\_|

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

CRITICA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## FOLHA DE REVISÃO

Nº DO QUESTIONÁRIO |\_|\_|\_|\_|\_|

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

CRITICA: \_\_\_\_\_

---

---

---

## **ANEXO 3.2**

# **FOLHA DE CONTROLE PARA PAGAMENTO DA ENTREVISTADORA**



## **ANEXO 3.3**

# **FICHA DE CONTROLE DA NUMERAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**



**A N E X O 4**

**MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO**

**DAS RESPOSTAS PRÉ-CODIFICADAS**

**E TEXTUAIS**

**CARACTERÍSTICAS DE MULHERES COM ABORTO PROVOCADO  
INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ E PARTO.  
AVALIAÇÃO DOS CUSTOS ECONÔMICOS E DE SAÚDE**

**MANUAL DE CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DAS  
REPOSTAS PRÉ-CODIFICADAS**

**CEMICAMP  
Campinas, Janeiro/93**

## 1. INTRODUÇÃO

A codificação consiste em transformar os dados coletados através de um questionário em códigos que possam ser transferidos para a memória de um computador, afim de que elas sejam processadas e posteriormente analisadas.

Nessa pesquisa foi usado um questionário com perguntas pré-codificadas e textuais. Este manual refere-se às primarias, para as quais foram definidos previamente os códigos a serem utilizados.

Os códigos correspondentes a cada resposta serão transferidos para a memória de um computador, utilizando-se o programa Statistical Package for Social Sciences para PC - Data Entry (SPSSPC-DE), módulo de entrada de dados. Esse programa apresenta na tela uma réplica do questionário, bastando ao digitador inserir os códigos de cada resposta no espaço de cada pergunta.

A seguir são apresentados todos os códigos utilizados nas diferentes perguntas.

## 2. CÓDIGOS

Número de questionário definido como a junção do código correspondente ao local da entrevista com o número de ordem do questionário.

1º Dígito      1 - GIN II/AC  
                 2 - GIN I/IMG  
                 3 - PUERP

2º a 5º Dígitos - número de ordem do questionário

Data da entrevista: DIA/MÊS/ANO

Local da entrevista: 1 - GIN II/AC  
                         2 - GIN I/IMG  
                         3 - PUERP

### SEÇÃO 1

1.1 Qual a data do seu nascimento?

DIA/MÊS/ANO

8 = Não sabe/não lembra

9 = Ignorado

1.2 Quantos anos completos a senhora tem?

Dígitos - 2

99 = Ignorado

88 = Não lembra a própria idade referida (2 dígitos)

I.1.2 ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

Dígitos - 1  
1 = Negra  
2 = Branca  
3 = Mista  
4 = Indiana  
5 = Não conseguiu definir  
9 = Ignorado

1.3 Foi à escola?

Dígitos - 1  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado

1.4 Qual a última classe que completou?

Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.3 = 2)  
1 = 1ª a 4ª  
2 = 5ª a 10  
3 = 11 a 12  
8 = Não sabe/não lembra  
9 = Ignorado

1.5 A senhora frequentou algum curso médio ou superior?

Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.3 = 2)  
1 = Médio  
2 = Superior  
3 = Não frequentou  
9 = Ignorado

1.6 A senhora completou esse curso?

Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.3 = 2 ou p 1.5 = 3)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 Ignorado

1.7 A senhora sabe ler?

Dígitos - 1  
0 = Não se aplica ( p 1.6 = 1 ou 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado

1.8 A senhora sabe escrever?

0 Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.6 = 1 ou 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado

- 1.9 A senhora trabalha?  
Dígitos - 1  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 1.11 Quanto a senhora ganha?  
Dígitos - 6  
O próprio valor que a mulher referiu  
0 = Não se aplica (p 1.9 = 2)  
9 = Ignorado
- 1.12 Atualmente a senhora é casada, solteira, separada ou viúva?  
Dígitos - 1  
1 = Casada  
2 = Solteira  
3 = Separada  
4 = Viúva  
9 = Ignorado
- 1.13 A senhora vive junto com um parceiro?  
Dígitos = 1  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 1.14 Seu marido foi à escola?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.13 = 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 1.15 Qual a última classe que ele completou?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.13 = 2; 1.14 = 2 ou 8)  
1 = 1ª a 4ª  
2 = 5ª a 10ª  
3 = 11 a 12  
8 = Não sabe/não lembra  
9 = Ignorado
- 1.16 Ele frequentou algum curso médio ou superior?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 1.13 = 2, p 1.14 = 2 ou 8)  
1 = Médio  
2 = Superior  
3 = Não frequentou  
9 = Ignorado

1.17 Ele completou esse curso?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (p 1.13 = 2, p 1.14 = 2 ou 8, p 1.16 = 3 ou 8)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

8 = Não sabe/não lembra

1.18 Ele sabe ler ?

Dígitos 1

0 = Não se aplica (p 1.13 = 2, p 1.17 = 1 ou 2)

8 = Não sabe/não lembra

9 = Ignorado

1.19 Ele sabe escrever?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (p 1.13 = 2, p 1.17 = 1 ou 2)

1 = Sim

2 = Não

8 = Não sabe/não lembra

9 = Ignorado

1.20 Seu marido trabalha?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (p 1.13 = 2)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

1.22 Quanto seu marido ganha?

Dígitos - 7

0 = Não se aplica (p 1.13 = 2, p 1.20 = 1 ou 2)

0 próprio valor

8 = Não sabe/não lembra

9 = Ignorado

1.23 Seu marido tem outras mulheres ou casas?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (p 1.13 = 2)

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

1.24 Qual a sua religião?

Dígitos - 1

1 = Católica (Romana)

2 = Mulçumana

3 = Cristã (Protestante)

4 = Outra

8 = Nenhuma

9 = Ignorado

1.25 A senhora vai ao culto todas as semanas?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (p 1.24 = 8)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

1.26 Qual a sua língua materna?

Dígitos - 2

1 = Changane

2 = Ronga

3 = Xitsua

4 = Bitonga

5 = Sena

6 = Ndau

7 = Maconde

8 = Macua

10 = Outra

9 = Ignorado

1.27 A senhora nasceu em Maputo ou em outro lugar?

Dígitos 1

1 = Maputo

2 = Outro lugar

9 = Ignorado

1.28 Há quanto tempo vive em Maputo?

Dígitos (?)

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Anos

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Meses

88 - Não lembra

99 - Ignorado

1.30 De que material é feita a sua casa?

Dígitos - 1

1 = Cimento

2 = Madeira e Zinco

3 = Caniço

4 = Outro material

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

1.31 Quantas divisões tem a casa?

Dígitos - 2

Números de divisões

99 = Ignorado números de divisões

1.32 Quantas divisões são usadas para dormir?

Dígitos - 2

99 = Ignorado

Número de divisões usadas para dormir

1.33 A casa de banho é dentro de casa, fora ou não tem?

Dígitos - 1

1 = Dentro

2 = Fora

3 = Não tem

9 = Ignorado

1.34 Quantas casas de banho tem na casa?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (p 1.33 = 2 ou 3)

Número de casas de banho

9 = Ignorado

1.35 Na sua casa tem?

Dígitos - 1

Para cada um dos itens de 01 até 07 digite:

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

1.36 Quantas pessoas moram na casa com a senhora?

Dígitos - 2

Número de pessoas

99 = Ignorado

1.37 Quantas dessas pessoas são crianças?

Dígitos - 2

Número de crianças

99 = Ignorado

1.38 Quantas pessoas que moram com a senhora trabalham?

Dígitos - 2

Número de pessoas que trabalham

99 = Ignorado

## SEÇÃO 2

2.1 Quantas vezes ficou grávida?

Dígitos - 2

Número de vezes que ficou grávida

2.2 A sua \_\_\_ gravidez terminou em nascido vivo, nascido morto ou aborto?

Dígitos - 1

Para cada um dos itens de 1 a 15 digite:

1 = Nascido vivo

2 = Nascido morto

3 = Aborto

8 = Não lembra

9 = Ignorado

0 = Não se aplica (Ficou grávida menos de 15 vezes)

- 2.3 Quantos filhos estão vivos?  
Dígitos - 2  
Número de filhos vivos  
99 = Ignorado
- 2.4 Quanto filhos são raparigas?  
Dígitos - 2  
Número de raparigas  
99 = Ignorado
- 2.5 Quantos filhos são rapazes?  
Dígitos - 2  
Número de rapazes  
99 = Ignorado
- 2.6 A senhora sabe que há maneiras de evitar a gravidez?  
Dígitos - 1  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 2.7 Quais maneiras a senhora conhece?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 2.6 = 2)  
Para cada um dos itens de 1 até 7 digite:  
1 = Sim (Assinalado X na 2.7)  
2 = Não (Não assinalado X na 2.7)  
3 = Assinalado X na 2.8  
9 = Ignorado
- 2.8 Conhece ou ouvir falar?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (p 2.6 = 2)  
Para cada um dos itens de 1 até 7 digite:  
1 = Sim (Assinalado X na 2.8)  
2 = Não (2.8 sem X assinalado)  
3 = Assinalado X na 2.7  
9 = Ignorado
- 2.9 Usou alguma vez?  
0 = Não se aplica (p 2.6 = 2, 2.7 = 2 e 2.8 = 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado

2.10 O que é que a senhora estava a usar antes de engravidar desta vez?

0 = Não se aplica (p 2.6 = 2)

8 = Nada/nenhum

Para cada um dos itens abaixo digite:

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

Itens:

1 = Comprimido

2 = Injeção

3 = Aparelho

4 = Camisa

5 = Interrupção do ato sexual

6 = Laqueação

7 = Outro

2.12 Quanto tempo antes de engravidar deixou de usar?

Dígitos ?

0 = Não se aplica (p 2.6 = 2 ou p 2.10 = 8)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Anos

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Meses

7 = Engravidou enquanto usava

8 = Não lembra

9 = Ignorado

2.14 A senhora queria esta gravidez?

Dígitos - 1

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

F2.1 Alternativa correta segundo local da entrevista:

Dígitos - 1

1 = Puerpério --> Vai para seção 4

2 = GIN I e II

### SEÇÃO 3

3.1 O que era para si o autor da gravidez (o dono da grávida)?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F2.1 = 1)

1 = Amigo

2 = Marido

3 = Namorado

4 = Outro

9 = Ignorado

- 3.2 A senhora falou com alguém para decidir fazer esse aborto?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 3.4 Com quem a senhora falou?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 1, 3.2 = 2)  
8 = Não se lembra  
Para cada um dos itens abaixo digite:  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado  
Itens:  
1 = Marido  
2 = Namorado  
3 = Amigo  
4 = Mãe  
5 = Sogra  
6 = Amiga  
7 = Outra pessoa
- 3.7 Quantos meses de gravidez tinha quando fez o aborto?  
Dígitos - 2  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)  
Número de meses  
99 = Ignorado
- 3.8 Onde a senhora fez esse aborto?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F2.1 = 1)  
1 = Em sua casa  
2 = Hospital  
3 = Na casa da pessoa que fez  
4 = Na casa de uma amiga  
5 = Outro local  
9 = Ignorado
- 3.10 Quem fez o aborto?  
Dígito - 1  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)  
8 = Não sei  
1 = Sozinha  
2 = Enfermeira  
3 = Médico  
4 = Curandeiro  
5 = Outra pessoa  
9 = Ignorado

3.11 A pessoa que fez o aborto tratou a senhora muito bem, bem, regular ou mal?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1, p 3.10 = 1)

1 = Muito bem

2 = Bem

3 = Regular

4 = Mal

8 = Não lembra

9 = Ignorado

3.12 Para fazer o aborto mexeram (mexeu) por baixo?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)

1 = Sim

2 = Não

8 = Não lembra

9 = Ignorado

3.14 A senhora dormiu enquanto estavam a fazer o aborto?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

3.15 A senhora tomou algum remédio depois do aborto?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

3.16 Quantos dias tomou o remédio?

Dígitos - 2

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1 e 3.15 = 2)

Número de dias

99 = Ignorado

F3.1 ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.10

Dígitos - 1

1 = Sozinha

2 = Outras pessoas

3.17 Teve que pagar pelo aborto?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1 e F 3.1 = 1)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

3.18 Quanto a senhora pagou?

Dígitos - 6

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1, F 3.1 = 1 e 3.17 = 2)

Valor pago

8 = Não sabe/não lembra

9 = Ignorado

3.19 O preço foi caro, muito caro, razoável ou barato?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1, F 3.1 = 1 e 3.17 = 2)

1 = Caro

2 = Muito caro

3 = Razoável

4 = Barato

9 = Ignorado

3.21 Quem foi com a senhora fazer o aborto?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1 e F 3.1 = 1)

8 = Ninguém. Foi sozinha

1 = Amiga

2 = Marido

3 = Namorado

4 = Familiares

5 = Outra pessoa

9 = Ignorado

F 3.2 ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO O LOCAL DA ENTREVISTA

Dígitos - 1

1 = GIN I

2 = GIN II

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1)

3.24 A senhora sabe que pode pedir interrupção da gravidez no hospital?

Dígitos - 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 1 e F 3.2 = 1)

1 = Sim

2 = Não

9 = Ignorado

#### SEÇÃO 4

4.1 O que era para si o autor da gravidez (dono da grávida)?

Dígitos 1

0 = Não se aplica (F 2.1 = 2)

1 = Amigo

2 = Marido

3 = Namorado

4 = Outro

9 = Ignorado

- 4.2 A senhora queria esta gravidez?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 4.3 A senhora pensou na altura em tirar esta gravidez?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 2 e p. 4.2 = 1)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 4.4 Fez alguma coisa para tirar esta gravidez?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 2 e p. 4.2 = 1 e p. 4.3 = 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 4.6 A senhora falou com alguém para decidir se tirava a gravidez?  
0 = Não se aplica (F 2.1 = 2, p 4.2 = 1, p 4.3 = 2 e p. 4.4 = 2)  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado
- 4.7 Com quem a senhora falou?  
Dígitos - 1  
0 = Não se aplica (F2.1 = 2, p 4.2 = 1, p 4.3 = 2, p 4.4 = 2 e p 4.6 = 2)  
Para cada uma das alternativas abaixo digite:  
1 = Sim  
2 = Não  
9 = Ignorado  
Alternativas:  
1 = Marido  
2 = Namorado  
3 = Amigo  
4 = Mãe  
5 = Sogra  
6 = Amiga  
7 = Outra pessoa

CARACTERÍSTICAS DE MULHERES COM ABORTO PROVOCADO,  
INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ E PARTO.  
AVALIAÇÃO DOS CUSTOS ECONÔMICOS E DE SAÚDE.

MANUAL DE CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS TEXTUAIS

HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO  
CEMICAMP/UNICAMP, 1993.

## 1. INTRODUÇÃO

A codificação das respostas textuais consiste em transformar tais respostas em códigos que possam ser transferidos para o arquivo de um computador, a fim de que eles sejam processados e posteriormente analisados.

Para fazer a codificação, é necessário ler o conteúdo das respostas textuais, separar os conceitos e anotar ao lado das respostas os códigos (números) que correspondem a estes conceitos.

## 2. INSTRUÇÕES PARA CODIFICAR

1. Leia cada resposta textual e identifique os conceitos nela contidos.

2. Procure o número do código que corresponda a cada conceito que foi identificado e o anote do lado direito da resposta.

**Por exemplo:** P. 2.15 Por que engravidou?

"O método que estava a usar falhou."

Nesta resposta se identifica um conceito: Método falhou, que corresponde ao código número 3 da pergunta 2.15. Nesse caso a codificação ficará assim:

P. 2.15 Por que engravidou?

"O método que estava a usar falhou."

3. Cada resposta textual poderá ter no máximo três códigos.

**Por exemplo:** P.3.3 Por que?

"Eu queria manter segredo e também tinha medo do marido."

Os conceitos nessa resposta são: queria manter sigilo e medo dos familiares, no caso o marido. Os códigos para eles são 1 e 2. Anote-os do lado direito da resposta. Neste caso a codificação ficará assim:

P.3.3 Por que?

"Eu queria manter segredo e também tinha medo do marido."

**Outro exemplo:** P.3.22 Como a Sra. se sentiu depois de ter feito esse aborto?

"Aliviada, mas com peso na consciência."

Os conceitos nessa resposta são: aliviada e com peso na consciência. Os códigos para eles são 1 e 2 da pergunta 3.22; anote-os do lado direito da resposta. Desta forma a codificação ficará assim:

P.3.22 Por que?

"Aliviada, mas com peso na consciência."

4. Se a pergunta não foi respondida (está em branco) porque a mulher realmente **não deveria tê-la respondido** você deverá colocar um 0 (zero) = não se aplica; do lado direito da resposta.

**Por exemplo:** P.4.5 O que a Sra. fez?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

Esta pergunta não se aplica para as pacientes que têm P.4.2 = 1 ou P.4.3 = 2 ou P.4.4 = 2.

5. Caso a pergunta não esteja respondida (está em branco), mas a paciente **deveria tê-la respondido** você deverá anotar um 9 (nove) = ignorado; do lado direito da pergunta.

**Por exemplo:** P.1.10 O que a Sra. faz?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

Essa codificação significa que faltou a informação que deveria ter sido obtida.

## CÓDIGOS

### P.1.10 O que a Sra. faz?

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = CATEGORIA 1 - OPERÁRIOS**

De construção civil, do ramo mecânico, metalúrgico; etc.

**2 = CATEGORIA 2 - TRABALHADORES MANUAIS DO SETOR SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO**

Costureiras; cabelereiras; manicures; empregadas; serventes, cozinheiras; copeiras; lavadeiras, vendedeiras; motorista; guarda.

**3 = CATEGORIA 3 - TRABALHADORES TÉCNICOS DE NÍVEL BÁSICO OU MÉDIO**

Secretária; dactilógrafa; telefonista; escriturária; professora; técnicos nível básico (de administração, construção civil, eletricidade e bancário) e médio (construção civil, ramo metalo-mecânico, administração e bancaria); tripulantes de aeronaves e barcos; enfermeiras; pessoal de saúde; militar; jornalista

**4 = CATEGORIA 4 - TRABALHADORES LICENCIADOS**

Ciências biológicas; engenharia; economia; direito; etc.

**5 = OUTROS TIPOS DE TRABALHADORES**

**P.1.21 O que o seu marido faz?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = CATEGORIA 1 - OPERÁRIOS**

De construção civil, do ramo mecânico,  
metalúrgico; etc.

**2 = CATEGORIA 2 - TRABALHADORES MANUAIS DO SETOR  
SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO**

Costureiros; alfaiates; cabelereiro; empregados;  
serventes, cozinheiros; copeiros; lavadores;  
vendedores; motorista; guarda; etc.

**3 = CATEGORIA 3 - TRABALHADORES TÉCNICOS DE NÍVEL BÁSICO  
OU MÉDIO**

Secretário; dactilógrafo; telefonista; escriturário;  
professor; técnicos nível básico (de administração,  
construção civil, eletricidade e bancário) e médio  
(construção civil, ramo metalo-mecânico, administração  
e bancária); tripulantes de aeronaves e barcos;  
enfermeiros; pessoal de saúde; militar; jornalista;  
etc.

**4 = CATEGORIA 4 - TRABALHADORES LICENCIADOS**

Ciências biológicas; engenharia; economia; direito;  
etc.

**5 = OUTROS TIPOS DE TRABALHADORES**

**P.1.29 Em que bairro a Sra. mora?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = BAIRROS RICOS**

Sommerchield; Polana; Triunfo; Costa do sol;

**2 = BAIRROS MÉDIOS**

Central; Malhangalene; Alto-mae; Malanga; Matola

**3 = BAIRROS POBRES**

Polana caniço; Mavalane; Aeroporto; Mahotas; Hulene;  
Malhazine; Chamanculo; Mafalala; Xipamanine; Luis  
Cabral; Patrice Lumumba; Jardim; Choupal; Benfica;  
Jorge Dimitrov; Machava; Catembe; Infulene;  
Urbanização

**4 = DISTRITOS DA PROVINCIA DO MAPUTO**

**5 = OUTRAS PROVINCIAS**

**P.2.11 Por que?**

- 0 = Não se aplica
- 8 = Não sabe/Não lembra
- 9 = Ignorado
- 1 = **QUERIA ENGRAVIDAR**  
"Desejava o filho."
- 2 = **NÃO CONHECIA MÉTODO ANTICONCEPCIONAL**
- 3 = **PROIBIÇÃO FAMILIAR/MEDO DOS PAIS; DO MARIDO; DO NAMORADO**  
"Tenho medo que os meus pais descubram que eu já tive relação."  
"Medo do pais."
- 4 = **POR MOTIVOS RELIGIOSOS**  
"Acho que é pecado prevenir."  
"A igreja não permite praticar o aborto."
- 5 = **POR DIFICULDADE EM ENGRAVIDAR**  
"Tenho dificuldade em engravidar."  
"Não engravidado há 10 anos."  
"Levo muito tempo a engravidar por isso não evito."
- 6 = **FALTA OU ORIENTAÇÃO INADEQUADA**  
"A enfermeira garantiu que não ia engravidar."
- 7 = **ACHAVA QUE O MÉTODO FAZIA MAL/INTOLERÂNCIA AO MÉTODO**  
"O comprimido provoca enjoos."  
"O DIU provoca hemorragia."  
"Desanimou da injeção."
- 10 = **ESTAVA EM AMENORÉIA**  
"Estava sem menstruação há 3 anos."  
"Na gravidez anterior fiquei muito tempo sem menstruar."
- 11 = **NÃO TINHA VIDA SEXUAL ACTIVA/SEM RELAÇÃO SEXUAL/ACHAVA QUE NÃO PRECISAVA**  
"Marido ausente."  
"Relações ocasionais."  
"É jovem e a vida sexual é recente."  
"Tinha viajado e não estava a usar nada."
- 12 = **OUTROS MOTIVOS**  
"Unidade sanitária é distante."  
"Querida mudar de método."

**P.2.13 Por que é que deixou de usar?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

1 = **QUERIA ENGRAVIDAR**

"Desejava ter mais filhos."

"Porque casou e queria filhos."

2 = **ACHAVA QUE O MÉTODO FAZIA MAL/INTOLERÂNCIA AO MÉTODO**

"Intolerância ao método."

"Porque o DIU lesou o pênis do meu marido."

"Teve hemorragia e anemia."

"Dores no baixo ventre."

"Hipertensão arterial."

3 = **FALTA OU ORIENTAÇÃO INADEQUADA**

"A enfermeira aconselhou a não apanhar mais injeções por causa da idade."

"A enfermeira garantiu que não engravidava mais porque tinha idade avançada."

4 = **NÃO TINHA VIDA SEXUAL ACTIVA/ACHAVA QUE NÃO PRECISAVA**

"Marido ausente."

"Relações ocasionais."

"O amigo estava fora de Maputo."

5 = **NÃO TINHA O MÉTODO NO CENTRO DE SAÚDE/NA UNIDADE SANITÁRIA**

"Ruptura do estoque do método no centro de saúde."

"Não havia injeção no ..."

6 = **OUTROS**

"Desleixo."

"Ignorância."

"O namorado mandou tirar o DIU."

**P.2.15 Por que engravidou?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = NÃO CONHECE MÉTODOS/NÃO TINHA ACESSO AOS MÉTODOS/NÃO SE INTERESSOU**

"Desconhece a existência de métodos anticoncepcionais."

"Nunca se interessou em fazer planejamento."

"Não conseguiu a injeção no centro."

"Desconhece o funcionamento do método."

**2 = NÃO UTILIZOU O MÉTODO CORRETAMENTE**

"Esqueceu (deixou) de tomar os comprimidos."

"Não foi apanhar a injeção seguinte por esquecimento."

"O marido não usou a camisinha, esqueceu."

"Quando a mulher está a fazer o método do calendário e tem relação no período fértil."

"Foi obrigada a ter relação no período fértil."

**3 = FALHA DO MÉTODO**

"Engravidou com aparelho."

"A camisa de vênus furou-se."

"Apanhou a injeção mas mesmo assim engravidou."

**4 = OUTROS MOTIVOS**

"Religiosos."

"Não sabia que ia engravidar."

### **P.3.3 Por que?**

**0 = Não se aplica**

**8 = Não sabe/Não lembra**

**9 = Ignorado**

**1 = QUERIA MANTER SIGILO**

"Não queria que as pessoas soubessem que estava grávida."

"Tinha receio que as pessoas divulgassem."

**2 = MEDO/VERGONHA**

"Tinha medo dos pais."

"Tinha medo que os pais sangassem."

"Se tivesse consultado o marido ele não deixaria interromper."

"Tinha medo do marido."

"Tinha medo do namorado."

"A gravidez não era do marido."

"Tinha vergonha da gravidez."

**3 = A DECISÃO É RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL/ACHA QUE NINGUÉM PODE AJUDAR**

"Acha-se responsável pelas suas decisões e atos."

"Acha que ninguém a pode ajudar."

**4 = NÃO TINHA COM QUEM FALAR**

"Quando comunicou o amigo ele não deu importância ao fato."

"Porque o marido abandonou-lhe."

**5 = OUTROS MOTIVOS**

**6 = NÃO RESPONDE**

"Não quis consultar ninguém."

**P.3.5 O que é que essa pessoa lhe aconselhou?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = ACONSELHOU A INTERROMPER A GRAVIDEZ**

"Por ter ciranças pequenas."

"Por ser estudante."

"Para não arranjar conflitos."

"E colocar o DIU."

etc.

**2 = ACONSELHOU A NÃO INTERROMPER A GRAVIDEZ**

"Não interromper pois é pecado."

"Não interromper porque tem problemas de saúde."

"Não interromper pois a gravidez é avançada."

etc.

**3 = OUTROS CONSELHOS**

**P.3.6 Por que a Sra. decidiu fazer esse aborto?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = POR TER CRIANÇAS PEQUENAS/MUITOS FILHOS/NÃO DESEJA MAIS FILHOS/NÃO TEM PLANOS DE FAZER FILHOS**

"Tem criança menor de 6 meses e está amamentando."

"Por ter muitas crianças para sustentar."

"Neste momento não está planejado para ter um filho."

"A gravidez não é desejada."

**2 = POR SER ESTUDANTE**

"Por ser estudante e querer formar-se."

"Por ser estudante..."

**3 = POR NÃO TER CONDIÇÕES FINANCEIRAS**

"... e não ter condições financeiras."

"Não trabbalho e meu parceiro não ajuda financeiramente."

**4 = MEDO/VERGONHA/PARA SATISFAZER OUTRAS PESSOAS**

"Por não ser casada."

"Medo dos pais."

"Medo do marido."

"Satisfazer os pais, o marido, companheiro."

**5 = PORQUE O PARCEIRO NÃO QUERIA/NÃO PODIA SE RESPONSABILIZAR PELA CRIANÇA**

"Ele era casado com outra mulher."

"Ele não queria a criança."

**6 = POR MOTIVOS DE SAÚDE/RISCO PARA A MULHER**

"Não é saudável."

"Tive duas cesáreas anteriores."

"Mal estar geral que a gravidez provoca."

**10 = OUTROS MOTIVOS**

"Decidiu fazer aborto para arranjar marido."

"Para não criar o filho sozinha."

"O marido morreu na altura em que engravidou."

**P. 3.9 Como é que ficou a saber que nesse local podia fazer o aborto?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = ATRAVÉS DE AMIGAS/PESSOAS PRÓXIMAS**

"Patroa."

"Amiga."

"Vizinha."

"Colega de trabalho."

"Rival."

etc.

**2 = ATRAVÉS DE PESSOAL DE SAÚDE**

"Médica."

"Médica assistente."

"Enfermeira."

etc.

**3 = ATRAVÉS DO MARIDO/NAMORADO/AMIGO**

**4 = ATRAVÉS DE PAIS/IRMÃ/OUTROS PARENTES**

"Prima, tia, sobrinha, etc."

**5 = ATRAVÉS DO RÁDIO/TELEVISÃO/JORNAL**

**6 = OUTROS MEIOS**

**P.3.13 Como foi feito o aborto?**

**0 = Não se aplica**

**8 = Não sabe/Não lembra**

**9 = Ignorado**

**1 = DILATAÇÃO/ASPIRAÇÃO/CURETAGEM**

**2 = COLOCAÇÃO DE SONDA VAGINAL**

Algália, sistemas de soro, sondas naso gátricas

**3 = MEDICAMENTOS/CHÁS/RAÍZES VIA VAGINAL**

Permanganato de potássio; medicamentos tradicionais;  
raízes esmagadas/fervidas e colocadas na vagina;  
álcool e outros líquidos hipertônicos por via vaginal.

**4 = MEDICAMENTOS/CHÁS/RAÍZES/BEBIDAS VIA ORAL**

Chá de raízes; café forte; cerveja preta fervida;  
comprimidos.

**5 = INJEÇÃO**

Medicamento não especificado por via intra muscular.

**6 = FERROS NÃO ESPECIFICADOS**

Ferros cirurgicos como histeróneros, curetas, etc.

**7 = OUTROS MEIOS**

**P.3.20 Como é que a Sra. conseguiu dinheiro para pagar o aborto?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = DO PRÓPRIO SALÁRIO**

**2 = DO SALÁRIO DO MARIDO/PARCEIRO/NAMORADO/AMIGO**

**3 = CONCEDIDO POR FAMILIARES**  
Pais; irmãos; tias, sobrinhas, etc.

**4 = EMPRESTADO/DADO POR OUTRAS PESSOAS**  
"Emprestado."  
"Da patroa."  
etc.

**5 = OUTROS MEIOS**

**P.3.22 Como a Sra. se sentiu depois de ter feito esse aborto?**

**0 = Não se aplica**

**8 = Não sabe/Não lembra**

**9 = Ignorado**

**1 = ALIVIADA/TRANQUILA/DESCANSADA/BEM**

**2 = COM PESO NA CONSCIÊNCIA/REMORSO**

"A religião que pratico não permite o aborto pelo que tenho peso na consciência."

**3 = ARREPENDIDA**

"Sente-se arrependida, pois devia evitar a gravidez e não sujeitar-se ao aborto."

**4 = TRISTE/PENA/QUERIA O FILHO**

" Sentiu-se com pena pois queria ser mãe."

"Emocionada, pois queria ter o filho."

**5 = LIVRE DOS PROBLEMA DA GRAVIDEZ INDESEJADA**

"Livrou-se de problemas sociais e de encargos econômicos."

"Livrou-se dos transtornos da gravidez."

**6 = OUTROS**

P. 3.23 Como é que a Sra. ficou a saber que podia pedir interrupção da gravidez no hospital?

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

1 = ATRAVÉS DE AMIGAS/PESSOAS PRÓXIMAS

2 = ATRAVÉS DE PESSOAL DE SAÚDE  
"Médica assistente."  
"Enfermeira."  
"Técnica de laboratório."  
etc.

3 = MARIDO/NAMORADO/AMIGO

4 = PAIS/IRMÃ/OUTROS FAMILIARES

5 = RÁDIO/TELEVISÃO/JORNAL  
"Leu a entrevista no jornal."  
"Ouviu uma reportagem no rádio."  
etc.

6 = OUTROS

**P.3.25 Por que a Sra. não pediu a interrupção no hospital?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = PORQUE QUERIA MANTER SIGILO**

"Conhece alguém no hospital que podia divulgar."

"Não queria ser descoberta."

"Tem familiares que trabalham no hospital."

**2 = NÃO TINHA DINHEIRO SUFICIENTE PARA PAGAR**

"Porque ela e o amigo não tinham dinheiro para pagar."

**3 = O PROCESSO DO HOSPITAL É MOROSO E DÍFICIL/FORA ERA MAIS RÁPIDO**

"Tem que fazer requerimento, ecografia e leva um tempo."

"Achou que fora era a via mais rápida."

**4 = O PARCEIRO/MARIDO/NAMORADO/AMIGO NÃO DEIXOU (ACEITOU)**

**5 = OUTROS MOTIVOS**

"Teve medo e não estava motivada."

**6 = NÃO RESPONDE**

"Quando este não aceitou a gravidez como dele."

**P.4.5 O que a Sra. fez?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = DILATAÇÃO/ASPIRAÇÃO/CURETAGEM**

**2 = COLOCAÇÃO DE SONDA VAGINAL**

Algália, sistemas de soro, sondas naso gátricas

**3 = MEDICAMENTOS/CHÁS/RAÍZES VIA VAGINAL**

Permanganato de potássio; medicamentos tradicionais;  
raízes esmagadas/fervidas e colocadas na vagina;  
alcoól e outros líquidos hipertônicos por via vaginal.

**4 = MEDICAMENTOS/CHÁS/RAÍZES/BEBIDAS VIA ORAL**

Chá de raízes; café forte; cerveja preta fervida;  
comprimidos.

**5 = INJEÇÃO**

Medicamento não especificado por via intra muscular.

**6 = FERROS NÃO ESPECIFICADOS**

Ferros cirurgicos como histeróneros, curetas, etc.

**7 = OUTROS MEIOS**

**P.4.8 O que essa pessoa lhe aconselhou?**

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

**1 = ACONSELHOU A INTERROMPER A GRAVIDEZ**

"Por ter ciranças pequenas."

"Por ser estudante."

"Para não arranjar conflitos."

"E colocar o DIU."

etc.

**2 = ACONSELHOU A NÃO INTERROMPER A GRAVIDEZ**

"Não interromper pois é pecado."

"Não interromper porque tem problemas de saúde."

etc.

**3 = OUTROS CONSELHOS**

**P. 4.9 Por que a Sra. decidiu levar essa gravidez até o fim?**

**0 = Não se aplica**

**8 = Não sabe/Não lembra**

**9 = Ignorado**

**1 = DESEJAVA TER FILHO/QUERIA UM FILHO DE OUTRO SEXO**

"Desejava um filho do sexo masculino."

"Anciosa em ter um filho."

"Precisava de uma menina, pois só tinha rapazes."

**2 = MEDO DE PROVOCAR O ABORTO/DAS CONSEQUÊNCIAS**

"Medo da morte."

"Medo de não vir a ter mais filhos."

**3 = NÃO TINHA DINHEIRO PARA PAGAR A INTERRUPÇÃO**

**4 = POR MOTIVOS RELIGIOSOS/PARA NÃO TER PESO NA  
CONSCIÊNCIA**

"Porque sou religiosa e não concordo com o aborto."

"A minha religião condena o aborto."

"Para não ter peso na consciência."

"Para evitar de ter peso na consciência."

**5 = PARA AGRADAR O MARIDO/NAMORADO/PARCEIRO**

"Quando este quer ter o filho."

"O marido insistia sempre que pretendia mais um filho."

"Por não ter nenhum filho com o atual marido aceitou ter apesar ter muitos filhos de outro marido."

**6 = OUTROS MOTIVOS**

"Medo do pai pois esse ameaçava a não tirar."

**CARACTERÍSTICAS DE MULHERES COM ABORTO PROVOCADO,  
INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ E PARTO.  
AVALIAÇÃO DOS CUSTOS ECONÔMICOS E DE SAÚDE.**

**MANUAL DE DIGITAÇÃO DAS RESPOSTAS TEXTUAIS**

**HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO  
CEMICAMP/UNICAMP, 1993.**

## I. INSTRUÇÕES PARA DIGITAÇÃO DAS RESPOSTAS TEXTUAIS

A digitação dos dados deverá ser feita duas vezes por duas pessoas diferentes. Sendo a primeira digitação a entrada dos dados, propriamente dita; a segunda será o que chamamos de digitação de verificação. Este processo elimina os erros causados por falhas da digitação. Sugere-se que a segunda digitação seja feita apenas quando se completar a entrada de dados, ou seja ao final da primeira digitação de todos os questionários que estão previstos na pesquisa.

Deve se manter sempre **duas cópias** dos dados, atualizadas e em disquetes diferentes.

Qualquer alteração que seja necessária ou feita no programa de entrada de dados deverá ser comunicada ao CEMICAMP.

Segue, em anexo, o dicionário de dados que contém as definições das variáveis, valores aceitos e a definição das telas (Anexo 1).

Os códigos que aparecem na tela do computador, para cada pergunta textual, correspondem as respostas possíveis para as mesmas. Para cada código deve se digitar os valores 1, 2, 8, 9, 0 (zero).

A digitação deve seguir a codificação feita no questionário.

**Por exemplo:** P.1.10 O que a Sra. faz?

Resposta: Sou operária. 1

No questionário a resposta foi classificada com o código 1

(anotado ao lado). Então diante do código 01 da tela do computador você digita 1 (= SIM) e como não há outro código, anotado no questionário, digita-se 2 (= NÃO) para os demais códigos da tela do computador.

**2º Exemplo: P.3.6** Porque a Sra. decidiu fazer esse aborto?

Resposta: Porque sou estudante e não tenho condição financeira.                    2, 3

Quando existe mais de uma resposta os códigos correspondentes a elas são separados por vírgula (","). Como no exemplo acima há duas respostas os códigos respectivos estão separados por vírgula (","). Para a digitação desta pergunta você digitaria 1 (= SIM) para os códigos 2 e 3 da tela e digitaria 2 (= NÃO) para os demais códigos.

**Observação:** Caso a codificação no questionário tenha sido 0 = NÃO SE APLICA, 8 = NÃO SABE/NÃO LEMBRA ou 9 = IGNORADO, você deve digitar o número correspondente a uma dessas categorias diante do primeiro código apenas, pois o preenchimento dos demais códigos serão feitos automaticamente com o mesmo valor digitado.

**Por exemplo: P.2.13** Por que é que deixou de usar?

TEXTUAL \_\_\_\_\_ 0

A mulher não estava a usar método antes de engravidar (P.2.10 = 8), então esta pergunta não se aplicou a ela. Sendo assim, você digitará 0 (zero) no 1º código dessa pergunta e o programa colocará 0 (zero) automaticamente nos demais códigos.

Os valores aceitos na **digitação**, em todas as perguntas, são:

1 = Sim

2 = Não

0 = Não se aplica

8 = Não sabe/Não lembra

9 = Ignorado

A seguir são apresentados todos os códigos utilizados nas diferentes perguntas.

Em caso de dúvida ou problema consulte o coordenador da pesquisa antes de continuar a digitação.

A N E X O 5

CÁLCULO DE CUSTOS DO ATENDIMENTO

DE ABORTOS E PARTOS

IPAS

(INTERNATIONAL PROJECTS ASSISTANCE SERVICES)

Carboro, NC, EUA

**TABLE 1A -- COST TABLE FOR MANUAL VACUUM ASPIRATION PERSONNEL**

INTERVIEWER:  
RESPONDENT:  
POSITION:

DATE:  
TIME:  
LOCATION:

| COST DETERMINANTS FOR MVA PROCEDURE | SALARY PER MONTH | LENGTH (HRS) OF "OFFICIAL" WORK WEEK | ESTIMATED TIME (MIN) SPENT PER MVA PATIENT |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|

**PRIMARY PERSONNEL (person in charge of the procedure)**

Ob/Gyn Specialist

Gen Practitioner

Resident

**SECONDARY STAFF (support for primary personnel)**

Nurse (\_\_\_\_\_)

Nurse (\_\_\_\_\_)

Orderly

Social Worker

MVA Cleaning Crew

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Procedure Janitor

Sterilization Nur

**TERTIARY STAFF (staff for overnight stays and/or cleaning)**

Supervising Nurse

Circulating Nurse

Receptionist

Ward Janitor

Kitchen help

Other (\_\_\_\_\_)

NOTES: COMPLETE FORMS IN INK ONLY; SPECIFY "OTHER" AND/OR "POSITION RANK" IN SPACES PROVIDED, E.G., (\_\_\_\_\_).

**TABLE 1B -- COST TABLE FOR DILATION AND CURETTAGE PERSONNEL**

INTERVIEWER:  
RESPONDENT:  
POSITION:

DATE:  
TIME:  
LOCATION:

| COST DETERMINANTS FOR D&C PROCEDURE | SALARY PER MONTH | LENGTH (HRS) OF "OFFICIAL" WORK WEEK | ESTIMATED TIME (MIN) SPENT PER D&C PATIENT |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|

**PRIMARY PERSONNEL** (person in charge of the procedure)

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Ob/Gyn Specialist |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Gen P. actitioner |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Resident |  |  |  |
|----------|--|--|--|

**SECONDARY STAFF** (support for primary personnel)

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Anesthesiologist |  |  |  |
|------------------|--|--|--|

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| Nurse (_____) |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| Nurse (_____) |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| Nurse (_____) |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

|         |  |  |  |
|---------|--|--|--|
| Orderly |  |  |  |
|---------|--|--|--|

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| Social Worker |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| OR Cleaning Crew<br>(_____<br>(_____) |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Procedure Janitor |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Sterilization Nur |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|                                       |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Recovery Rm Nurse<br>Recov Rm Janitor |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|

**TERTIARY STAFF** (staff for overnight stays and/or cleaning)

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Supervising Nurse |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| Circulating Nurse |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| Receptionist |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| Ward Janitor |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| Kitchen Help |  |  |  |
|--------------|--|--|--|

**TABLE 2A -- TIME ALLOCATION FOR PATIENTS AND PERSONNEL  
FOR MANUAL VACUUM ASPIRATION PROCEDURE**

INTERVIEWER: \_\_\_\_\_ REGISTRATION DATE: \_\_\_\_\_  
 PATIENT ID: \_\_\_\_\_ REGISTRATION TIME: \_\_\_\_\_  
 ATTENDING PHYSICIAN: \_\_\_\_\_

| PRE-PROCEDURE               | TIME IN | TIME OUT | LOCATION | PERSONNEL USED  | TIME BGIN | TIME END |
|-----------------------------|---------|----------|----------|---|-----------|----------|
| Registration                |         |          |          | Receptionist  |           |          |
| Waiting Room                |         |          |          | None  |           |          |
| Exam Room                   |         |          |          | Doctor (_____)<br>Nurse (_____)                               |           |          |
| Transport to Ward           |         |          |          | Orderly   |           |          |
| Pre-Procedure Ward          |         |          |          | Supervising Nur<br>Circulating Nur                            |           |          |
| Transport to Procedure Room |         |          |          | Orderly   |           |          |
| PROCEDURE                   | TIME IN | TIME OUT | LOCATION | PERSONNEL USED  | TIME BGIN | TIME END |
| Prep                        |         |          |          | Nurse (_____)<br>Nurse (_____)                                |           |          |
| Evacuation                  |         |          |          | Doctor (_____)<br>Resident<br>Nurse (_____)<br>Nurse (_____)  |           |          |
| POST-PROCEDURE              | TIME IN | TIME OUT | LOCATION | PERSONNEL USED  | TIME BGIN | TIME END |
| Trans to Recovery           |         |          |          | Orderly   |           |          |
| Recovery Room               |         |          |          | Supervising Nur<br>Circulating Nur                            |           |          |
| Counseling                  |         |          |          | Social Worker   |           |          |
| Overnight stay              |         |          |          | Supervising Nur<br>Circulating Nur<br>Kitchen Help<br>Janitor |           |          |
| Discharge                   |         |          |          | Receptionist  |           |          |

DISCHARGE DATE: \_\_\_\_\_ DISCHARGE TIME: \_\_\_\_\_

**TABLE 2B -- TIME ALLOCATION FOR PATIENTS AND PERSONNEL  
FOR DILATION AND CURETTAGE PROCEDURE**

INTERVIEWER:  
 PATIENT ID:  
 ATTENDING PHYSICIAN:

REGISTRATION DATE:  
 REGISTRATION TIME:

| PRE-PROCEDURE               | TIME IN | TIME OUT | LOCATION | PERSONNEL USED  | TIME BGIN | TIME END |
|-----------------------------|---------|----------|----------|---|-----------|----------|
| Registration                |         |          |          | Receptionist  |           |          |
| Waiting Room                |         |          |          | None  |           |          |
| Exam Room                   |         |          |          | Doctor (_____)<br>Nurse (_____)                               |           |          |
| Transport to Ward           |         |          |          | Orderly   |           |          |
| Pre-Procedure Ward          |         |          |          | Supervising Nur<br>Circulating Nur                            |           |          |
| Transport to Procedure Room |         |          |          | Orderly   |           |          |
| PROCEDURE                   | TIME IN | TIME OUT | LOCATION | PERSONNEL USED  | TIME BGIN | TIME END |
| Prep                        |         |          |          | Nurse (_____)<br>Nurse (_____)                                |           |          |
| Anesthesia                  |         |          |          | Anesthetist<br>Nurse (_____)                                  |           |          |
| Evacuation                  |         |          |          | Doctor (_____)<br>Resident<br>Nurse (_____)<br>Nurse (_____)  |           |          |
| POST-PROCEDURE              | TIME IN | TIME OUT | LOCATION | PERSONNEL USED  | TIME BGIN | TIME END |
| Trans to Recovery           |         |          |          | Orderly   |           |          |
| Recovery Room               |         |          |          | Supervising Nur<br>Circulating Nur                            |           |          |
| Counseling                  |         |          |          | Social Worker   |           |          |
| Overnight stay              |         |          |          | Supervising Nur<br>Circulating Nur<br>Kitchen Help<br>Janitor |           |          |
| Discharge                   |         |          |          | Receptionist  |           |          |

DISCHARGE DATE:

DISCHARGE TIME:

**TABLE 3A -- COST TABLE FOR MVA STERILIZATION, SUPPLIES,  
PAIN CONTROL, AND OVERNIGHT STAY**

INTERVIEWER:  
RESPONDENT:  
POSITION:

DATE:  
TIME:  
LOCATION:

| COST DETERMINANTS<br>FOR MVA<br>PROCEDURES           | COST   UNITS | UNIT COST<br>IF<br>DIFFERENT | NUMBER OF<br>UNITS USED<br>PER PATIENT |
|--|--------------|------------------------------|--|
| <b>STERILIZATION</b><br>Glutaraldehyde               |              |                              |  |
| Other (_____)  |              |                              |  |
| <b>DISINFECTION</b><br>Bleach                        |              |                              |  |
| <b>MISCELLANEOUS MATERIALS</b><br>Gauze (Sterilized) |              |                              |  |
| Cotton   |              |                              |  |
| Alcohol  |              |                              |  |
| Betadine   |              |                              |  |
| Soap (_____)   |              |                              |  |
| Other (_____)  |              |                              |  |
| <b>DRUGS/PAIN CONTROL</b><br>Pethidine               |              |                              |  |
| Diazepam   |              |                              |  |
| Acetylsalicylic Acid                                 |              |                              |  |
| Paracetamol  |              |                              |  |
| Para-Cervical Block                                  |              |                              |  |
| Antibiotics (_____)                                  |              |                              |  |
| Other (_____)  |              |                              |  |
| <b>OVERNIGHT STAY</b>                                | <b>COST</b>  | <b>COST PER HOUR/PATIENT</b> |  |
| Cost Per Bed   |              |                              |  |
| Meals  |              |                              |  |
| Other (_____)  |              |                              |  |

**TABLE 3B -- COST TABLE FOR D&C STERILIZATION, SUPPLIES,  
PAIN CONTROL, AND OVERNIGHT STAY**

INTERVIEWER:  
RESPONDENT:  
POSITION:

DATE:  
TIME:  
LOCATION:

| COST DETERMINANTS<br>FOR D&C<br>PROCEDURES | COST; UNITS | UNIT COST<br>IF<br>DIFFERENT | NUMBER OF<br>UNITS USED<br>PER PATIENT |
|--|-------------|------------------------------|--|
| <b>STERILIZATION</b>                       |             |                              |  |
| Autoclave                                  |             |                              |  |
| Glutaraldehyde                             |             |                              |  |
| Other ( _____ )                            |             |                              |  |
| <b>DISINFECTION</b>                        |             |                              |  |
| Bleach                                     |             |                              |  |
| <b>MISCELLANEOUS MATERIALS</b>             |             |                              |  |
| Gauze (Sterilized)                         |             |                              |  |
| Cotton                                     |             |                              |  |
| Alcohol                                    |             |                              |  |
| Betadine                                   |             |                              |  |
| Soap ( _____ )                             |             |                              |  |
| I.V. Supplies ( _____ )<br>( _____ )       |             |                              |  |
| Other ( _____ )                            |             |                              |  |
| <b>DRUGS/PAIN CONTROL</b>                  |             |                              |  |
| Anesthetic<br>( _____ )<br>( _____ )       |             |                              |  |
| Analgesia ( _____ )<br>( _____ )           |             |                              |  |
| Antibiotics ( _____ )                      |             |                              |  |
| Other ( _____ )                            |             |                              |  |
| <b>OVERNIGHT STAY</b>                      | <b>COST</b> | <b>COST PER HOUR/PATIENT</b> |  |
| Cost Per Bed                               |             |                              |  |
| Meals                                      |             |                              |  |
| Other ( _____ )                            |             |                              |  |

TABLE 4A -- CHECK-LIST AND COST TABLE FOR MVA EQUIPMENT

INTERVIEWER:  
RESPONDENT:  
POSITION:

DATE:  
TIME:  
LOCATION:

| MVA INSTRUMENTS   | INSTRUMENT AVAILABLE IN PROC RM | INSTRUMENT USED DURING PROCEDURE | COST |
|---|---------------------------------|----------------------------------|------|
| <b>Parts</b>  |                                 |                                  |      |
| Denniston Dilators                                      |                                 |                                  |      |
| Single Valve Syringe (SVS) with 3 cc Silicone           |                                 |                                  |      |
| Double Valve Syringe (DVS) w/Adapters and 3 cc Silicone |                                 |                                  |      |
| Valve Set Replacement for SVS                           |                                 |                                  |      |
| Valve Set Replacement for DVS                           |                                 |                                  |      |
| Syringe Seal (Nitrile O-ring)                           |                                 |                                  |      |
| Silicone Lubricant: 3cc bot.                            |                                 |                                  |      |
| Silicone Lubricant: 15cc bot.                           |                                 |                                  |      |
| <b>Cannulae</b>   |                                 |                                  |      |
| 4mm Standard  |                                 |                                  |      |
| 5mm Standard  |                                 |                                  |      |
| 6mm Standard  |                                 |                                  |      |
| 7mm Standard  |                                 |                                  |      |
| 8mm Standard  |                                 |                                  |      |
| 9mm Single Scoop Aperture                               |                                 |                                  |      |
| 10mm Single Scoop Aperture                              |                                 |                                  |      |
| 12mm Single Scoop Aperture                              |                                 |                                  |      |
| Other (_____)   |                                 |                                  |      |
| (_____)   |                                 |                                  |      |

**TABLE 4B -- CHECK-LIST AND COST TABLE FOR MVA  
AND D&C EQUIPMENT**

INTERVIEWER:  
RESPONDENT:  
POSITION:

DATE:  
TIME:  
LOCATION:

| INSTRUMENTS<br>(CIRCLE ONE)<br>MVA                      D&C | INSTRUMENT<br>AVAILABLE<br>IN PROC RM | INSTRUMENT<br>USED DURING<br>PROCEDURE | COST |
|---|---------------------------------------|--|------|
| Sterilizer  |                                       |  |      |
| Basin (kidney/825ml)  |                                       |  |      |
| Cup (solution/180ml)  |                                       |  |      |
| Gloves  |                                       |  |      |
| Masks   |                                       |  |      |
| Flashlight (2-cell)   |                                       |  |      |
| Curette (uterine sharp/7mm)                                 |                                       |  |      |
| Curette (uterine sharp/9mm)                                 |                                       |  |      |
| Curette (uterine sharp/12mm)                                |                                       |  |      |
| Dilators (set of 5)   |                                       |  |      |
| Forceps (hysterectomy)                                      |                                       |  |      |
| Forceps (ovum delee)  |                                       |  |      |
| Forceps (sponge-holding)                                    |                                       |  |      |
| Forceps (uterine tenaculum)                                 |                                       |  |      |
| Needles (hypo .90X152mm)x12                                 |                                       |  |      |
| Scissors (uterine/200mm)                                    |                                       |  |      |
| Sound(uterine simpson/300mm)                                |                                       |  |      |
| Speculum (small)  |                                       |  |      |
| Speculum (medium)   |                                       |  |      |
| Speculum (large)  |                                       |  |      |
| Syringe (anaesthetic)                                       |                                       |  |      |
| Syringe (hypo)  |                                       |  |      |
| Battery (D-cell)  |                                       |  |      |
| Other (_____)   |                                       |  |      |
| (_____)   |                                       |  |      |

SOURCE: UNIPAC Standard Stock Items Catalogue Price List 1986

**TABLE 6 - HOSPITAL STANDARD OPERATING PROCEDURES AND PROTOCOLS**

**DATE:** \_\_\_\_\_ **HOSPITAL NAME:** \_\_\_\_\_

**POLICIES FOR MVA AND/OR D&C (CIRCLE ONE)**

**REGISTRATION AND ADMISSION PROTOCOL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LOCATION AND DESCRIPTION OF WAITING ROOM FACILITIES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PRELIMINARY EXAMINATION PROTOCOL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PREPARATION AND EVACUATION PROTOCOL (INCLUDING ADMINISTRATION OF ANESTHESIA, ANALGESIA, AND/OR SEDATIVES; AND LOCATIONS FOR EACH PROCEDURE):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECOVERY AND COUNSELING PROTOCOL (INCLUDING FAMILY PLANNING):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OVERNIGHT ADMISSION POLICY:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MISCELLANEOUS NOTES:**

## S A M P L E

TABLE 6 - HOSPITAL STANDARD OPERATING PROCEDURES AND PROTOCOLS

DATE: 8 JANUARY 1991 HOSPITAL NAME: MEMORIAL HOSPITAL  
POLICIES FOR MVA AND/OR D&C (CIRCLE ONE)

REGISTRATION AND ADMISSION PROTOCOL: MAJORITY OF PATIENTS  
ARE REGISTERED AND ADMITTED IN CASUALTY AND THEN SENT TO  
WARD 3 FOR PRELIMINARY EXAM AND PREPARATION FOR PROCEDURE

LOCATION AND DESCRIPTION OF WAITING ROOM FACILITIES: WAITING  
ROOM FACILITIES ARE LOCATED ADJACENT TO THE PRELIMINARY EXAM  
ROOM; WAITING ROOM HAS SEATS FOR 15 WOMEN. IT IS NOT UNUSUAL  
FOR 5-10 WOMEN TO HAVE TO STAND WHILE THEY WAIT

PRELIMINARY EXAMINATION PROTOCOL: WOMEN ARE EXAMINED TO  
DETERMINE THE NATURE AND SEVERITY OF THEIR ABORTION COMP-  
LICATIONS; AFTER THE PRELIMINARY EXAM PATIENTS ARE EITHER  
SENT TO THE WARD FOR BED-REST AND ANTIBIOTIC TREATMENT OR  
TO AN ADJACENT WAITING ROOM TO AWAIT EVACUATION

PREPARATION AND EVACUATION PROTOCOL (INCLUDING ADMINISTRATION  
OF ANESTHESIA, ANALGESIA, AND/OR SEDATIVES; AND LOCATIONS FOR  
EACH PROCEDURE): PATIENT'S ABDOMINAL AND VAGINAL AREAS ARE  
CLEANED WITH BETADINE SOLUTION; ALL MVA PATIENTS ARE GIVEN  
DIAZEPAM AND PETHIDINE FOR SEDATION UNLESS OTHERWISE PER-  
SCRIBED; PROCEDURE IS PERFORMED IN A ROOM DEVOTED EXCLUSIVE-  
LY TO MVA PATIENTS

RECOVERY AND COUNSELING PROTOCOL (INCLUDING FAMILY PLANNING):  
POST-OPERATIVE PATIENTS ARE TAKEN TO A REST AREA IN WARD 3  
WHERE THEY RECEIVE COUNSELING AND CONTRACEPTIVE INFORMATION

OVERNIGHT ADMISSION POLICY: HOSPITAL DOES NOT KEEP MVA  
PATIENTS OVERNIGHT UNLESS MEDICALLY INDICATED

MISCELLANEOUS NOTES: MVA IS PERFORMED ON 99% OF WOMEN WHO ARE  
LESS THAN 13 WEEKS UTERINE SIZE.

TABLE 6 (detailed version)

Description of hospital policies and protocols for patients who receive treatment for incomplete abortion. This information should be obtained from a knowledgeable doctor or matron.

Name of hospital: \_\_\_\_\_

Name and position of respondent: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

GENERAL INFORMATION

1. How many beds does this ward have? \_\_\_\_\_

2. By what method are most incomplete abortion patients treated?

MVA \_\_\_\_\_  
D&C \_\_\_\_\_

3. In terms of gestational age and complications, which patients receive MVA?

Gestational age \_\_\_\_\_  
Complications \_\_\_\_\_

4. In terms of gestational age and complications, which patients receive D&C?

Gestational age \_\_\_\_\_  
Complications \_\_\_\_\_

5. On average, how many of the following patients do you see per week?

Incomplete abortion \_\_\_\_\_  
Menstrual regulation \_\_\_\_\_

6. How many doctors treat abortion patients? \_\_\_\_\_

7. How many doctors are in the hospital? \_\_\_\_\_

8. What percentage of patients have the following complications?

Sepsis: \_\_\_\_\_  
Hemorrhage: \_\_\_\_\_  
Anaemia: \_\_\_\_\_  
Abortion induced outside of hospital: \_\_\_\_\_  
Other (Specify \_\_\_\_\_)

9. How are incomplete abortion patients managed if they are admitted on the weekend?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. How are incomplete abortion patients managed if they are admitted at night?

---

---

11. What is the estimated cost of one day spent in hospital?

---

12. What is the current charge for the following patients?

Out-patients: \_\_\_\_\_  
In-patients: \_\_\_\_\_

13. Who is responsible for ordering equipment for gynecology patients?

---

14. Explain the process of ordering equipment.

---

---

---

15. Does the process of ordering equipment work well? YES NO

Comments: \_\_\_\_\_

---

---

---

REGISTRATION PROTOCOL

16. What happens to an incomplete abortion patient when she first arrives at the hospital?

---

---

---

---

---

---

---

17. What is the location and description of the waiting facilities?

---

---

---

---

PRELIMINARY EXAMINATION PROTOCOL

18. Who does the examination and what happens to her during and just after the exam?

---

---

---

---

19. If the patient is diagnosed as incomplete abortion, is she formally admitted?

YES NO

Comments: \_\_\_\_\_

ADMISSIONS PROTOCOL

20. If the patient is admitted to the ward, how is it staffed during the day, night, and weekend?

Day  
Doctors (what level) \_\_\_\_\_

Nurses (what level) \_\_\_\_\_

Subordinate staff (detail) \_\_\_\_\_

Night  
Doctors \_\_\_\_\_

Nurses \_\_\_\_\_

Subordinate staff \_\_\_\_\_

Weekend  
Doctors \_\_\_\_\_

Nurses \_\_\_\_\_

Subordinate staff \_\_\_\_\_

21. What is the procedure for being admitted?

---

---

---

PREPARATION AND EVACUATION PROTOCOL (INCLUDING ADMINISTRATION OF ANESTHESIA, ANALGESIA, AND LOCATIONS FOR EACH PROCEDURE)

22. Where is the patient evacuated? \_\_\_\_\_

23. Where is this place in relation to the place she has been waiting or admitted?

---

---

---

24. Who is normally present during the procedure?

Doctors (what level?) \_\_\_\_\_

Nurses (what level?) \_\_\_\_\_

Others (detail) \_\_\_\_\_

25. How long does a procedure normally take?

---

26. For MVA patients, what pain control is given before the procedure?

Anesthesia: \_\_\_\_\_

Analgesia: \_\_\_\_\_

Other (specify): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. What percentage of MVA patients are given the following:

Anesthesia: \_\_\_\_\_

Analgesia: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

28. For D&C patients, what pain control is given before the procedure?

Anesthesia \_\_\_\_\_

Analgesia \_\_\_\_\_

Other (Specify) \_\_\_\_\_

29. What percentage of D&C patients are given the following:

Anesthesia: \_\_\_\_\_

Analgesia: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

30. What are the problems associated with treating incomplete abortions with MVA?

\_\_\_\_\_

31. What are the problems associated with treating incomplete abortions with D&C?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. What are the advantages of MVA?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33. What are the advantages of D&C?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### RECOVERY AND COUNSELING PROTOCOL (INCLUDING FAMILY PLANNING)

34. Where do the patients go following the procedure?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

35. How long does the patient usually stay here before going home?

---

36. Which patients are usually given antibiotics?

List

---

---

---

37. Who counsels the patient?

---

38. What is meant by "counseling"?

---

---

---

39. When does counseling take place?

---

---

---

40. Where does counseling take place?

---

---

---

41. How could counseling be improved?

---

---

---

---

42. Is the patient usually given a family planning method before leaving the hospital?

YES NO

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OVERNIGHT ADMISSION POLICY

43 Which patients are usually kept overnight or for another day?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MISCELLANEOUS

44. How could the treatment of incomplete abortions be improved at this hospital?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# INCOMPLETE ABORTION PATIENTS AND BED OCCUPANCY

Hospital name: \_\_\_\_\_

Dates of observation: \_\_\_\_\_

Time of daily observation: \_\_\_\_\_

Number of beds in gynae ward: \_\_\_\_\_

| Day       | Date | Total Number of Gynae Patients | Total Number of Incompletes | Percent of Total Patients Who Are Incompletes | Bed Occupancy |
|-----------|------|--------------------------------|-----------------------------|---|---------------|
| Monday    |      |                                |                             |   |               |
| Tuesday   |      |                                |                             |   |               |
| Wednesday |      |                                |                             |   |               |
| Thursday  |      |                                |                             |   |               |
| Friday    |      |                                |                             |   |               |
| Saturday  |      |                                |                             |   |               |
| Sunday    |      |                                |                             |   |               |
| Monday    |      |                                |                             |   |               |

## APPENDIX I

### INSTRUCTIONS FOR COMPLETING TABLES

#### GENERAL

- 1) All forms should be completed with an ink pen only.
- 2) All blank spaces, i.e., (\_\_\_\_\_), should be filled in with information regarding "rank," "title," or "other" where appropriate.

#### TABLES 1A and 1B

- 1) Fill in the names of the interviewer and respondent, the respondent's position (e.g., general practitioner, chief of general surgery, etc.), the current date, current time, and location of the interview.
- 2) In column two (2) fill in salary information for each staff member listed in Tables 1A and 1B from published salary schedule in hospital accounting office. Be sure to note whether salary is per hour, per month or per year. Note if salary is not based on forty (40) hour work week in column 3.
- 3) Have each respondent estimate the average number of minutes s/he spends per MVA and/or D&C patient. Estimates should be for "procedure time" only (that is, time spent on the MVA or D&C case that could not be used for other purposes/cases.) Also, have each respondent estimate the number of minutes spent per patient by other primary, secondary, and tertiary staff associated with MVA or D&C as listed in Tables 1A and 1B.

#### TABLES 2A AND 2B

- 1) Fill in the names of the interviewer, patient ID, the attending physician, the date of registration, and the time of registration.
- 2) Monitor with a watch the Time In (column 2) and Time Out (column 3) for each activity (performed by the patient). Remember to append column 1 where necessary. In column 4 note the location of the patient during each timed period. Note in column 5 the cost per minute if known, otherwise leave column 5 blank. Note in column 6 that the personnel used correspond to those listed. Specify title and/or rank of personnel in the blank spaces provided, e.g., (\_\_\_\_\_). Note time bgin and time end, in columns 7 and 8, for individual administrative, medical, and service personnel who have direct contact with or who devote time exclusively for the patient being monitored.

NOTE: "direct contact with," and "time devoted exclusively for" the patient being monitored, will include time spent, 1) attending the patient, 2) performing a procedure on the patient, 3) talking to the patient, 3) discussing the patient's case with another member of the hospital staff, 4) writing up the patient's chart, and 5) any preparations and/or "cleaning up" directly related to the patient's case.

3) Note (at bottom of page) the discharge date and discharge time for each observed patient.

#### TABLES 3A AND 3B: 4A and 4B

1) Fill in the names of the interviewer and respondent, the respondent's position (e.g., general practitioner, chief of general surgery, etc.), the current date, current time, and location of the interview.

2) Determine what items are used during an MVA or D&C procedure. Cross out items listed which are never used and add items used which are not listed. On Tables 4A and 4B note with a tic which items are available (column 2) and which items are actually used (column 3).

3) Obtain the cost of each item from Central Stores personnel or a knowledgeable hospital administrator. Fill in the cost of each item in the Cost column. Note the number of units per container in the units column. Determine the unit cost of each item by dividing the total number of units per package into the cost of the package (e.g., if 100 aspirin cost \$2 (or Ksh 2), then 1 aspirin costs 2 (US or Ksh) cents -  $2/100 = .02$ ). For equipment costs in Tables 4A and 4B, list cost and determine through personal interviews how many times a given item may be used. Note which items may be used indefinitely. Also note if unit cost cannot be easily calculated (e.g., Miscellaneous Materials in Tables 3A and 3B).

4) Note in the column headed "Number of Units Used Per Patient," the number of units actually used per patient during the observed abortion procedure.

#### TABLE 5

1) Complete each statement as requested and append where necessary.

#### TABLE 6

See sample(s) attached.