



TÁBATA REGINA ZUMPARO DIAS

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA
GESTAÇÃO**

***INDUCED ABORTION: THE EXPERIENCE OF MEN AND WOMEN
FROM BRAZIL***

**CAMPINAS
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

TÁBATA REGINA ZUMPARO DIAS

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA
GESTAÇÃO**

Orientador: Prof. Dr. RENATO PASSINI JÚNIOR

***INDUCED ABORTION: THE EXPERIENCE OF MEN AND WOMEN
FROM BRAZIL***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

Dissertation submitted to the Programme of Obstetric and Gynecology of the Unicamp's College of Medical Sciences for obtaining the title of Master in Obstetric and Gynecology in the Concentration area of maternal and perinatal health.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA
PELA ALUNA TÁBATA REGINA ZUMPARO DIAS
SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. RENATO PASSINI JÚNIOR**

Assinatura do Orientador

**Campinas
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

D543f Dias, Tábata Regina Zumpano, 1981-
Fatores associados à interrupção voluntária da
gestação / Tábata Regina Zumpano Dias. -- Campinas,
SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Renato Passini Júnior.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aborto induzido. 2. Aborto. 3. Gravidez
indesejada. I. Passini Júnior, Renato, 1958-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Induced abortion: the experience of men and women from Brazil.

Palavras-chave em inglês:

Induced abortion

Abortion

Unintended pregnancy

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Renato Passini Júnior [Orientador]

Helaine Maria Besteti Pires Milanez

Ricardo Porto Tedesco

Data da defesa: 14-12-2012

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE MESTRADO

Aluna: Tábata Regina Zumpano Dias

Orientador: Prof. Dr. Renato Passini Júnior

Membros:

1. Prof. Dr. Renato Passini Júnior

2. Profa. Dra. Helaine Maria Besteti Pires Milanez

3. Prof. Dr. Ricardo Porto Tedesco

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 14/12/2012

Dedico este trabalho...

Aos meus pais, Mara Regina Zumpano e Décio Aparecido Dias.

Cada um à sua maneira, contribuíram de maneira decisiva para que eu chegasse até aqui.

Sempre com muito amor.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Renato Passini, meu orientador, que mesmo sempre muito atarefado, esteve presente nos momentos certos, com ensinamentos sobre a Medicina e a Vida.

À Profa. Dra. Graciana Alves Duarte, pela grande ajuda fornecida, sem a qual esse trabalho não teria se realizado.

À Maria Helena de Sousa pela análise inicial dos dados e pela pronta ajuda quando necessitei de novas análises.

Aos Profs. Drs. Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez, Egle Cristina Couto de Carvalho e Marcelo Luis Nomura pelas orientações e ricas sugestões fornecidas na banca de qualificação.

Ao Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, pelos conselhos e pela ajuda, realizados em momentos cruciais da finalização do trabalho.

Aos docentes e médicos contratados do Departamento de Obstetrícia, pela amizade, profissionalismo e exemplos a seguir.

Aos participantes da pesquisa, que dispensaram parte preciosa de seu tempo para contribuir com a realização da mesma, sem os quais a pesquisa não aconteceria.

À Conceição, que além dos cuidados dispensados diariamente, prestou grande ajuda na lapidação desse trabalho, sempre com muito carinho e eficiência.

Ao Luiz, meu companheiro, que torna os meus dias mais felizes e faz de mim uma pessoa melhor.

Aos meus avós, Osmar e Maria Ignez, meus maiores exemplos de vida.

À minha irmã Ana Carolina, minha amiga, grande exemplo de dedicação e competência.

Aos meus afilhados, Helena e Rafael, que iluminam o dia e a vida de todos com seus sorrisos contagiantes.

SUMÁRIO

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	VIII
RESUMO.....	IX
SUMMARY	XI
1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. OBJETIVO GERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. MÉTODO	18
3.1. DESENHO DO ESTUDO	18
3.2. TAMANHO AMOSTRAL	18
3.3. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS	18
3.4. ANÁLISE DOS DADOS	21
3.5. VARIÁVEIS.....	22
3.5.1. <i>Variáveis Dependentes</i>	22
3.5.2 <i>Variáveis Independentes</i>	24
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	25
4. PUBLICAÇÃO	26
5. CONCLUSÕES	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
7. ANEXOS.....	58
7.1. ANEXO 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS	58
7.2. ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	60

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

Cemicamp - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

DE - SPSS – Data Editor - Statistical Package for the Social Sciences

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

Mod 1 – Modelo 1

Mod 2 – Modelo 2

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Introdução: A interrupção voluntária da gravidez, proibida no Brasil, pode levar a situações de abortamento inseguro, que é reconhecidamente um grave problema de saúde pública. É necessário conhecer as circunstâncias envolvidas nesta situação para que seja possível compreender melhor o contexto em que as mulheres recorrem a um abortamento, bem como identificar subgrupos com necessidades especiais de atendimento pelos serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar alguns fatores sociodemográficos e epidemiológicos associados à interrupção voluntária da gestação. **Sujeitos e métodos:** Estudo descritivo analítico de corte transversal envolvendo o envio de um questionário estruturado e pré-testado a 15.800 funcionários de uma entidade pública do Estado de São Paulo. Os questionários preenchidos pelos participantes foram enviados de volta em envelope resposta pré-selado. Foram preenchidos 1660 questionários (11% de taxa de resposta), nos quais houve 296 gestações indesejadas e, destas, 165 terminaram em aborto induzido voluntário. Foram realizadas análises bivariada e multivariada por regressão de Poisson para estudar a associação entre a ocorrência de um aborto quando diante de uma gravidez indesejada com algumas características sociodemográficas selecionadas. **Resultados:** Um quinto dos participantes relatou vivenciar uma gravidez indesejada anterior, e 55,7% deles recorreram ao abortamento naquela ocasião. As maiores proporções de decisão e realização do abortamento foram encontradas entre os participantes do sexo masculino (62,1%), que tinham de 18 a 24 anos por ocasião da gravidez de sua parceira (62,3%), sem filhos (58,9%), não unidos (61,7%) e entre os respondentes com escolaridade superior (70,3%). A maioria das interrupções foi realizada por um médico e pouco mais de 10% dos participantes relataram ter feito uso do misoprostol. A maioria dos abortos (45%) realizou-

se entre 1980 e 1989. Dentre os respondentes que referiram aborto realizado por médico, mais da metade (54%) ocorreram na mesma década (entre 1980 e 1989). Dentre aqueles que fizeram uso de misoprostol, 58% o fizeram entre 1990 e 1999. Os participantes relataram que 22,9% das mulheres que abortaram necessitaram de atendimento médico após o aborto e 16,6% foram internadas após recorrerem ao aborto. **Conclusão:** Na amostra estudada foi possível verificar que um de cada dois dos respondentes por ocasião de uma gravidez indesejada optou pelo abortamento. Chama atenção que as pessoas tiveram acesso a condições menos inseguras para interromper uma gestação indesejada, ainda que num contexto de ilegalidade dessa prática.

Palavras chaves: Aborto induzido, aborto, gravidez indesejada

Introduction: Unsafe abortion is a serious public health problem in Brazil and other countries where it is considered a crime. It's necessary to understand the context of these abortions to approach the issue . **Objective:** To evaluate some sociodemographic and epidemiological factors associated with induced abortion. **Method:** Cross-sectional study. A self-responder questionnaire was sent to 15.800 employees of a public organization. 1660 questionnaires were completed. There were 296 unintended pregnancies and 165 induced abortions. Bivariate and multivariate Poisson regression analyses were performed to explore the association between the occurrence of abortion when faced an unintended pregnancy with some sociodemographic characteristics. **Findings:** One fifth of respondents reported an unintended pregnancy and 55.7% of those respondents resorted to abortion. The highest rates of abortion were found among male participants (62.1%) who were between 18 and 24-years-old at the time of pregnancy (62.3%), childless (58.9%), not united (61.7%) and with a college education (70.3%). Most of the respondent's abortions were performed by a doctor, and 17.8% of participants reported misoprostol use. Medical attention was necessary for 22.9% of these women after abortion and 16.6% were hospitalized. Most abortions (45%) took place between 1980 and 1989, and 54% of respondents who had abortions in this decade resorted to a doctor. Those who used misoprostol, 58% did between 1990 and 1999. **Conclusion:** In this sample we observed that half of respondents opted for abortion during an unintended pregnancy. It is noteworthy that people had access to fewer unsafe conditions for stopping an unintended pregnancy, even in the context of illegal practice.

Keywords: induced abortion, unintended pregnancy, abortion.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define abortamento inseguro como um procedimento para interromper uma gestação não planejada, realizado por indivíduos que não possuem as habilidades necessárias ou num ambiente sem o mínimo dos padrões médicos preconizados, ou ambos, o que representa risco significativo para a saúde e para a vida das mulheres (1). O abortamento inseguro é reconhecidamente um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países em que é considerado crime (2, 3, 4). Nos países em que o aborto é ilegal, a incidência do abortamento inseguro em estudos demográficos representa apenas uma fração do número real destes procedimentos. Em 2010 ocorreram 287000 mortes maternas no mundo e estima-se que 13% dessas tenham sido em decorrência de um abortamento inseguro (5). Nos países em que o aborto é permitido, são raros os casos relatados de morte materna relacionada a ele (6). Trata-se de um tema polêmico, controverso e também bastante discutido mundialmente. Estima-se que, apesar do aumento do uso de métodos anticoncepcionais nas últimas três décadas, o número de abortamentos que ocorrem anualmente no mundo varie de 40 a 50 milhões, sendo que cerca de 22 milhões são realizados em condições inseguras (5). A grande maioria dos abortos inseguros (95%) ocorre em países em desenvolvimento, onde a legislação é restritiva (5, 7).

Na América Latina e Caribe, dada a ilegalidade, quase todos os abortos são realizados de modo clandestino. Acredita-se que 4.1 milhões de abortos induzidos ocorreram nesta região em 2003, sendo a taxa de abortos inseguros de 29 casos por 1000 mulheres entre 15 e 44 anos (8). Tais números oferecem riscos para a saúde e para a vida das mulheres, o que contribui para a elevada taxa de mortalidade materna (4). Apesar da restrição legal, o aborto clandestino é altamente prevalente na região, com uma taxa três a dez

vezes maior que nos países da Europa Ocidental, onde a interrupção voluntária é permitida (9). No Brasil, o aborto é permitido apenas em casos de estupro e risco de morte materna. Recentemente o Conselho Federal de Medicina (CFM), baseado em decisão do Supremo Tribunal Federal, resolveu que “*na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez*” (10). As estimativas de abortos ilegais em 1998 estavam em torno de 940.660, representando uma razão de 23 abortos por 100 gestações (4). Segundo Monteiro e Adesse (11), no período de 1992 a 2005, apesar de ter sido observada uma diminuição da incidência do aborto induzido, esta ainda pode ser considerada alta para os padrões de saúde pública. Mais de um milhão de abortos induzidos ocorreram no país em 2005 (12). A introdução do misoprostol como um método de indução de aborto no Brasil, nos anos 90, associou-se com uma redução significativa de morbidade (13). Acredita-se que, no mundo, a legalização do aborto reduziu a incidência de morte materna (14).

Até o momento, as estimativas de aborto para todo o Brasil baseiam-se principalmente em técnicas indiretas. Um estudo baseado em internações associadas ao aborto em serviços públicos de saúde, por exemplo, calcula que houve 2,07 abortos para cada 100 mulheres entre 15 e 49 anos em 2005 (15). Todavia, estimativas desse tipo dependem de um parâmetro – a razão de internações por aborto – que neste caso foi estabelecido assumindo-se que 20% dos abortos resultaram em internação registrada pelo Sistema de Internações Hospitalares do SUS. Há também as técnicas diretas de estimação, que não dependem desse multiplicador e podem, na verdade, contribuir para determiná-lo mais precisamente (16). Outras duas técnicas utilizadas em estudos sobre aborto são a técnica de urna e a técnica de resposta ao azar. Ambas tentam preservar a privacidade e a identidade do entrevistado, melhorando a taxa de respostas reais dos estudos. A técnica

de urna consiste em um questionário sigiloso preenchido pelos entrevistados e depositado em uma urna, preservando a identidade do entrevistado (17, 18). A técnica de resposta ao azar consiste em oferecer ao entrevistado a possibilidade de responder uma de duas questões formuladas sem que o entrevistador tenha conhecimento de qual das questões está sendo contestada. A utilização desse artifício possibilita que questões “sensíveis” sejam respondidas sem constrangimentos, posto que a privacidade do entrevistado com relação à característica sensível é mantida (19). Um estudo realizado em Pelotas com a técnica de urna, identificou a indução de aborto em 7,2% das mulheres de todas as idades entrevistadas, quase o dobro do valor obtido quando a técnica de levantamento foi a das questões indiretas (17). No grupo das mulheres que concluíram sua vida reprodutiva (45 a 49 anos), a estimativa é de que 12% delas induziram o aborto ao longo da vida (15). Esses valores do estudo de Pelotas guardam alguma semelhança com outros realizados na Colômbia e no México. Um inquérito nacional aplicando a técnica de urna em 1992 encontrou que 22,9% das mulheres urbanas de 15 a 55 anos fizeram aborto na Colômbia (20). Em pesquisa na Cidade do México e na área rural de Chiapas (México), Lara e colaboradores estimaram que, em 2001, 21,7% das mulheres de 15 a 55 anos entrevistadas já haviam tentado induzir o aborto ao menos uma vez na vida (21). Posteriormente, utilizando a técnica de resposta ao azar em uma amostra de todo o país, os autores estimaram uma incidência total de aborto induzido no México de 16% (22). Em 2010, no Brasil urbano, 15% das mulheres entrevistadas relataram ter realizado aborto alguma vez na vida. A proporção de mulheres que fizeram aborto cresce com a idade. Essa proporção varia de 6% para mulheres com idades entre 18 e 19 anos a 22% entre mulheres de 35 a 39 anos. Isso mostra o quanto o aborto é um fenômeno comum na vida reprodutiva das mulheres. Em termos simples, isso significa que, ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto

das mulheres no Brasil urbano realizou o abortamento (16). Esse é um forte argumento para mais pesquisas, melhora do cuidado médico materno e revisão do *status* legal do aborto (23-28).

Em estudo realizado em dois hospitais da cidade de Campinas em 2010, a proporção de abortos classificados como possível, provável ou certamente induzidos entre as mulheres internadas foi similar à descrita na literatura brasileira na década passada (48%), mas a taxa de complicações foi inferior (29). Nesse estudo, a comparação entre o grupo de mulheres que usou misoprostol com o grupo que utilizou outros métodos para indução do aborto não mostrou diferenças significativas na incidência de complicações infecciosas ou hemorrágicas, talvez devido à provável subnotificação das mulheres que usaram (mas não declararam) o misoprostol e não tiveram complicações. Mulheres solteiras, separadas e divorciadas apresentaram uma maior frequência de abortos provável e certamente induzidos quando comparadas ao grupo de mulheres casadas e que vivem com os parceiros, e se correlacionaram a um maior índice de complicações hemorrágicas. A conclusão mais importante desse estudo é a confirmação do conceito generalizado de ter havido uma mudança na frequência e gravidade das complicações associadas à prática do aborto. Entretanto, a não obtenção de informações verossímeis das mulheres que participaram do estudo, torna difícil verificar até que ponto o uso de misoprostol foi responsável por essa redução.

As estimativas indicam a relevância do problema para a saúde pública, ao mesmo tempo em que se discute a necessidade de se obter dados mais precisos sobre o fenômeno. Entretanto, vários autores têm apontado quão difícil isto pode ser, uma vez que formas diretas de abordar o assunto junto às mulheres, através de questionários padronizados e entrevistas individuais, levam à subestimação do fenômeno, pois as mulheres tendem a negar a prática do abortamento (30-32). Mesmo quando se encontram em serviços de

saúde, em situação de aborto incompleto com complicações, as mulheres sentem-se constrangidas e/ou com medo de declarar seus abortamentos, o que resulta também em grande subnotificação do número de abortos (15).

Além da própria ocorrência do aborto provocado, é necessário conhecer as circunstâncias nas quais ele ocorre, bem como que características sociodemográficas e econômicas se relacionam à sua ocorrência, para que seja possível compreender melhor o contexto em que se recorre a esta prática, bem como para identificar subgrupos com necessidades especiais de atendimento pelos serviços de saúde (33), visando subsidiar o planejamento dos serviços para melhor orientar sobre a prevenção de gravidez indesejada.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar a ocorrência de aborto induzido numa amostra populacional residente no interior do estado de São Paulo.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar a ocorrência de aborto induzido entre homens e mulheres por ocasião de gravidez absolutamente indesejada.
- Estudar de que maneira o aborto induzido foi praticado e correlacionar com necessidade de atendimento médico e/ou internação pós abortamento .
- Estudar a associação entre algumas variáveis sociodemográficas e a conduta pessoal por ocasião de gravidez indesejada, incluindo os motivos para realizar ou não o aborto induzido.

3. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo de corte transversal que realizou análise parcial dos dados do projeto “Aborto induzido: ocorrência e opinião de homens e mulheres no Estado de São Paulo”, conduzido pelo Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas - em 2010 (trabalho ainda não publicado).

3.2. Tamanho amostral

O tamanho da amostra foi calculado em 255 sujeitos. Tomou-se como parâmetro desse cálculo uma proporção estimada de 79% de pessoas que optaram por recorrer a um aborto por ocasião de uma gravidez indesejada (34) e fixou-se nível de significância igual a 5%, com uma diferença absoluta de 5,0 pontos percentuais entre a proporção amostral e populacional. O banco de dados já existente da pesquisa original apresentava um total de 1660 questionários preenchidos, dos quais houve 296 gestações indesejadas e, destas, 165 terminaram em aborto induzido.

3.3. Critérios e Procedimentos para Seleção dos Sujeitos

Foram convidados a participar do estudo todos os funcionários de uma instituição pública do interior do Estado de São Paulo, cerca de 15.800 pessoas. O material da pesquisa, uma carta convite e um questionário foram enviados pela própria instituição em janeiro de 2010. Um mês após os sujeitos terem recebido o convite para participar da pesquisa, foram

preparados novamente envelopes que continham o mesmo questionário e uma segunda carta convite, na qual era solicitado que os funcionários respondessem o questionário e que desconsiderassem este segundo convite caso já tivessem respondido e enviado o questionário. O objetivo deste segundo convite foi aumentar a participação. Era necessário enviá-lo a todos os possíveis participantes porque não foi possível identificar apenas os que ainda não haviam respondido, dadas as medidas adotadas para assegurar o sigilo acerca da identidade dos respondentes.

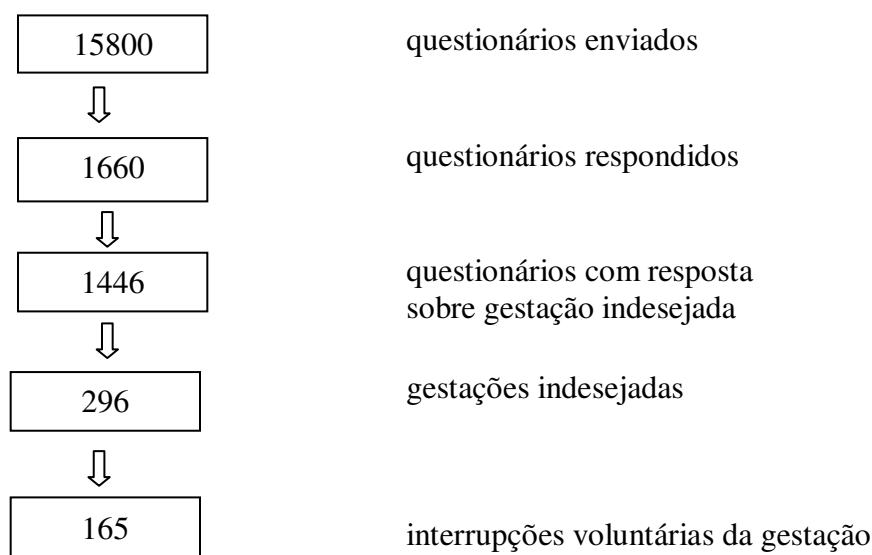
Para obter as informações foi utilizado um questionário estruturado (Anexo 1), que foi auto-respondido pelos participantes. O referido questionário foi pré-testado com funcionários de uma instituição pública do Estado de São Paulo. Esse questionário contém somente perguntas fechadas onde deveriam ser assinaladas as alternativas que os participantes julgassem pertinentes.

As cartas respostas com os questionários começaram a chegar no escritório do Cemicamp no dia 11 de fevereiro de 2010. Os questionários preenchidos foram numerados, revisados e arquivados à medida que chegavam. Os dados foram digitados por duas vezes, por pessoas distintas, diretamente a partir dos questionários, para que fosse feita a consistência da digitação. Para todos os procedimentos de digitação e checagem foi utilizado o módulo de entrada de dados (DE) do SPSS FOR WINDOWS.

Foram recebidas, até dezembro de 2010, 1731 respostas, sendo que 72 participantes devolveram o questionário totalmente em branco (considerados recusas) e um questionário foi anulado ao se constatar que se tratava da mesma pessoa que enviara dois questionários respondidos em um mesmo envelope carta-resposta. Foi possível identificar que a pessoa havia preenchido o questionário enviado na primeira remessa e também o enviado na segunda remessa porque os questionários enviados na primeira remessa continham no

rodapé do verso a inscrição “Mod1”, e os questionários da segunda remessa continham a inscrição “Mod2”. Desta forma, como os dois questionários estavam preenchidos exatamente iguais e eram Mod1 e Mod2, foi considerado que o participante achou por bem preencher os dois questionários e enviá-los de volta.

Em janeiro de 2011 foram recebidas duas cartas resposta que estavam extraviadas no correio, esses questionários foram incluídos na amostra. A taxa geral de resposta foi de 11% do número total de funcionários. Excluindo-se os questionários devolvidos em branco e o questionário anulado o total de questionários válidos para análise foi de 1660. Destes, 1446 responderam se já haviam ou não vivenciado uma gravidez absolutamente indesejada. Ou seja, houve 214 questionários que continham todas as informações respondidas, menos a questão que perguntava se já haviam ou não vivenciado uma gravidez absolutamente indesejada. Dos 1446, 296 participantes declararam ter vivenciado em algum momento de sua vida alguma gravidez absolutamente indesejada e 165 respondentes declararam que nesta ocasião haviam optado por um aborto.



Na amostra de 1660 participantes, cerca de um décimo (9%) dos respondentes tinham menos de 30 anos de idade e 60% de 30 a 49 anos; a maioria (73,1%) era do sexo feminino; 70% tinham curso superior – completo ou incompleto; cerca de três quintos (62,4%) viviam em união; 30,3% referiram não ter filhos vivos por ocasião da entrevista (53,5 % de 1 a 2 filhos); e pouco menos de dois terços (63,1%) referiram renda familiar de até 10 salários mínimos. Quanto à prática religiosa, pouco mais da metade (53,9%) dos respondentes se declararam católicos; 50,2% disseram que sua religião teve muita importância sobre as respostas dadas, e proporção semelhante (53,0%) afirmaram o mesmo quanto à importância de suas concepções religiosas pessoais; cerca de 30% da amostra foram classificadas como não religiosa (38% religiosos; 32,7 % intermediários).

3.4. Análise dos dados

Inicialmente foi constituído um banco de dados a partir do banco da pesquisa original, com as variáveis de interesse. O banco de dados da pesquisa contém 1660 casos. Para esta análise foi utilizado o banco com 296 participantes que declararam ter vivenciado uma gravidez absolutamente indesejada em algum momento de sua vida. Foi então, realizada uma descrição da conduta observada na amostra em relação a ter optado por um aborto nesta ocasião. A seguir, foram investigadas as possíveis associações da conduta com as variáveis sociodemográficas. Para as análises bivariadas foi utilizado o teste de qui-quadrado (35). Para estudar a interação entre algumas variáveis sociodemográficas e a conduta com relação ao aborto provocado foi desenvolvido um modelo de Regressão de Poisson (36).

3.5. Variáveis

3.5.1. Variáveis Dependentes

Para as análises foram consideradas as variáveis dependentes por ocasião da gravidez indesejada:

- Ocorrência de aborto provocado: de acordo com a resposta dos participantes às perguntas:
 - ✓ 14. Se mulher: Já teve uma gravidez absolutamente indesejada em relação a qual sentiu a necessidade de provocar um aborto? Nesse caso, o que fez? (1) Nunca tive uma gravidez assim; (2) Fiz o aborto; (3) Não fiz o aborto.
 - ✓ 15. Se homem: Alguma parceira sua já teve uma gravidez absolutamente indesejada em relação a qual sentiu a necessidade de provocar um aborto? O que ela fez? (1) Nunca uma parceira minha passou por esta situação; (2) Ela fez o aborto; (3) Ela não fez o aborto.

Estas duas perguntas foram formuladas de modo a obterem-se grupos de participantes distintos, a saber:

- ✓ Pessoas que nunca tiveram uma gravidez absolutamente indesejada, que inclui aquelas pessoas que também nunca haviam engravidado.
- ✓ Pessoas que tiveram uma gravidez absolutamente indesejada, resposta 2 e 3 para as questões apresentadas acima

Deste grupo:

- i. pessoas que mantiveram a gravidez
- ii. pessoas que optaram por um aborto.

Optou-se por usar a expressão “gravidez absolutamente indesejada” para indicar aos participantes que se tratava de uma situação extrema e não apenas uma gravidez não planejada, que muitas vezes pode tornar-se até desejada ou mesmo uma gravidez não desejada que muitas vezes é aceita sem grandes questionamentos.

- Como foi feito o aborto?: expresso pelos participantes dentre as seguintes alternativas: com uso de medicamento (qual?), por parteira, por médico, outro (qual?). Como houve muitas respostas abertas iguais, na análise, separou-se a resposta “com uso de medicamento” em “misoprostol” e “outro medicamento”, incluindo a opção “por curiosa”.
- Razões para não ter feito o aborto: expresso pelos participantes que referiram que diante de uma gravidez absolutamente indesejada não foi feito o aborto, dentre as seguintes alternativas: (1) não sabia onde fazer, (2) não tinha dinheiro para pagar, (3) porque é crime, (4) meu parceiro não deixou, minha parceira não quis, (5) meus pais não deixaram, (6) porque minha religião não permite, (7) outro (qual?).
- Razões para ter feito o aborto: expresso pelos participantes que referiram que diante de uma gravidez absolutamente indesejada foi feito o aborto, dentre as seguintes alternativas: (1) não desejava ser mãe solteira/pai solteiro, (2) não desejava casar, (3) era jovem demais para ser mãe/pai, (4) tinha medo que meus pais soubessem da gravidez, (5) queria continuar estudando, (6) consideravam-se jovens demais para ser pai/mãe.
- Complicações pós-aborto: referência dos participantes à necessidade de atendimento médico e/ou de internação depois da realização do aborto, de acordo com as seguintes alternativas: sim, não, não sei/não lembro.

3.5.2 Variáveis Independentes

- Sexo: masculino, feminino.
- Idade do respondente por ocasião de gravidez absolutamente indesejada: em anos.
- Escolaridade do respondente por ocasião de gravidez absolutamente indesejada: fundamental, ensino médio, superior (completo ou incompleto).
- Estado marital por ocasião de gravidez absolutamente indesejada: unido, não unido.
- Número de filhos por ocasião de gravidez absolutamente indesejada: nenhum, 1 a 2, ≥ 3 .
- Uso de método contraceptivo por ocasião de gravidez absolutamente indesejada: Nenhum, Hormonal/cirúrgico/DIU, Barreira/Comportamenal /combinação de métodos.
- Religiosidade: religioso, intermediário, não religioso.
- Importância da religião sobre as respostas dadas: muito importante, pouco importante, não importante.
- Importância das concepções religiosas pessoais sobre as respostas dadas: muito importante, pouco importante, não importante, sem concepções pessoais.

Quanto à variável religiosidade, os respondentes foram classificados a partir de um índice criado com base na combinação das respostas a duas perguntas do questionário, que abordavam aspectos da crença, da prática e da autopercepção das pessoas sobre quanto a religião afeta o exercício de sua profissão. A escolha dessas dimensões para medir a religiosidade foi baseada no modelo proposto por Glock e Stark (37) para avaliar em que

medida o comprometimento com uma determinada religião interfere nas opções de conduta e atitude das pessoas (38, 39, 40).

3.6. Aspectos Éticos

A participação das pessoas neste estudo foi voluntária. Para garantir que assim fosse nenhuma ação foi realizada no sentido de coagi-los a responder o questionário. Uma vez que a pesquisa abordou um assunto polêmico e com implicações legais, não foi solicitado aos participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o enviassem de volta com o questionário. Essa opção foi feita com o objetivo de não haver qualquer informação que pudesse identificar quem respondesse os questionários e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (Parecer número: 016/2008). A carta convite continha esclarecimentos sobre a pesquisa e todas as informações pertinentes que a Resolução 196/96 do Conselho de Saúde do Ministério da Saúde (41) exige. Foi considerado que o fato de responder as perguntas e enviar de volta o questionário constituiria o consentimento em participar da pesquisa.

O sigilo quanto à fonte das informações foi assegurado primeiramente pelo fato de que os pesquisadores não conheceram os nomes dos funcionários públicos. A própria Instituição Pública se encarregou de enviar a seus funcionários o material da pesquisa. Além disso, os questionários foram devolvidos através de carta-resposta a ser colocada no correio sem identificação do remetente e endereçadas ao Cemicamp, e quando foram processados receberam apenas um número para serem identificados no banco de dados da pesquisa. Como já mencionado acima, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/ FCM da UNICAMP.

Para esta análise foi elaborado um protocolo o qual também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CEP/UNICAMP) – processo número 44501 de 22/05/2012 (Anexo 2).

03/12/12

History for Tábata Zumpano Dias

[physician Tábata Zumpano Dias \(Author\)](#)
[Queue Summary](#)
[Reviewer Area](#)

Submission History for Tábata Zumpano Dias

Found 1 paper

Sort History By:

Manuscript Id	Current Corr. Author	Date of Original Submission	Current Version Status
BLT/2012/116111	Tábata Regina Zumpano Dias	3 Dec 2012	New

[PDF](#)
[HTML References](#)
[Source Files](#)

Version:1

Title:Induced Abortion: The Experience of Men and Women from Brazil

Authors:Tábata Regina Zumpano Dias, Renato Passini, Graciana Alves Duarte, Anibal Faúndes, and Maria Helena Sousa

Article Type:Research

Article Category:Health promotion; Maternal health; Reproductive health; Sexual Health; Women's health

[\[Top\]](#)

[Bulletin of the World Health Organization](#)
[Journal Site](#)

[© 2012 Bulletin of the World Health Organization](#)

[Contact Us](#)

Induced Abortion: The Experience of Men and Women from Brazil

Tábata Regina Zumpano Dias¹, Renato Passini Junior¹, Graciana Alves Duarte², Aníbal Faúndes^{1,2}, Maria Helena de Sousa²

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas - UNICAMP, Campinas, Brazil.

²Cemicamp - Center for Reproductive Health Research of Campinas – Campinas - Brazil

Correspondence to: Tábata Regina Zumpano Dias – tabatazumpano@hotmail.com

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas - UNICAMP

101, Alexander Fleming St., Campinas -SP, 13083-881, Brazil

(005519) 3521-9304

Source of support: National Counsel of Technological and Scientific Development – CNPq – process number 551058/2007-2

Enviado – Bull World Health Organ (manuscript ID: BLT/2012/116111) – em 03 de dezembro de 2012

Abstract:

Introduction: Unsafe abortion is a serious public health problem in Brazil and other countries where it is considered a crime. It's necessary to understand the context of these abortions to approach the issue. **Objective:** To evaluate some sociodemographic and epidemiological factors associated with induced abortion. **Method:** Cross-sectional study. A self-responder questionnaire was sent to 15.800 employees of a public organization. 1660 questionnaires were completed. There were 296 unintended pregnancies and 165 induced abortions. Bivariate and multivariate Poisson regression analyses were performed to explore the association between the occurrence of abortion when faced an unintended pregnancy with some sociodemographic characteristics. **Findings:** One fifth of respondents reported an unintended pregnancy and 55.7% of those respondents resorted to abortion. The highest rates of abortion were found among male participants (62.1%) who were between 18 and 24-years-old at the time of pregnancy (62.3%), childless (58.9%), not united (61.7%) and with a college education (70.3%). Most of the respondent's abortions were performed by a doctor, and 17.8% of participants reported misoprostol use. Medical attention was necessary for 22.9% of these women after abortion and 16.6% were hospitalized. Most abortions (45%) took place between 1980 and 1989, and 54% of respondents who had abortions in this decade resorted to a doctor. Those who used misoprostol, 58% did between 1990 and 1999. **Conclusion:** In this sample we observed that half of respondents opted for abortion during an unintended pregnancy. It is noteworthy that people had access to fewer unsafe conditions for stopping an unintended pregnancy, even in the context of illegal practice. (256 words)

Keywords: induced abortion, unintended pregnancy, abortion.

Introduction

The World Health Organization (WHO) defines unsafe abortion as a procedure for terminating an unintended pregnancy carried out either by persons lacking the necessary skills or in an environment that does not conform to minimal medical standards, or both (1). Unsafe abortion is recognized as a serious health problem public in Brazil and other countries where it is considered a crime (2, 3, 4). In countries where abortion is illegal, the incidence of unsafe abortion in demographic studies represents only a fraction of the actual number of unsafe procedures. In 2010 there were 287,000 maternal deaths around the world, and an estimated 13% were a result of an unsafe abortions (5). In countries where abortion is permitted, reported cases of maternal deaths related to abortion are rare (6). This is a polemic and controversial topic, but is frequently discussed worldwide because despite the increase in contraceptive use in the past three decades, the number of abortions that occur worldwide each year varies from 40 to 50 million, half of them being performed in unsafe conditions (5). The vast majority of unsafe abortions (95%) occur in developing countries, where legislation is restrictive (5, 7). In Latin America and the Caribbean, given the illegality, almost all abortions are performed in clandestine manner. Despite the legal restrictions, clandestine abortions are highly prevalent in the region, occurring at a rate 3 to 10 times higher than in Western Europe, where abortion is permitted (8). In Brazil, the abortion is allowed only in cases of rape and risk of maternal death. Recently, the Federal Council of Medicine resolved that *"at the occurrence of an unequivocal diagnosis of anencephaly, the doctor may, at the request of the pregnant woman, irrespective of state authorization, interrupt pregnancy"* (9). Estimates of illegal abortions in 1998 were around 940,660, representing a ratio of 23 abortions per 100 pregnancies (4). According to Monteiro and Adesse (10), from 1992 to

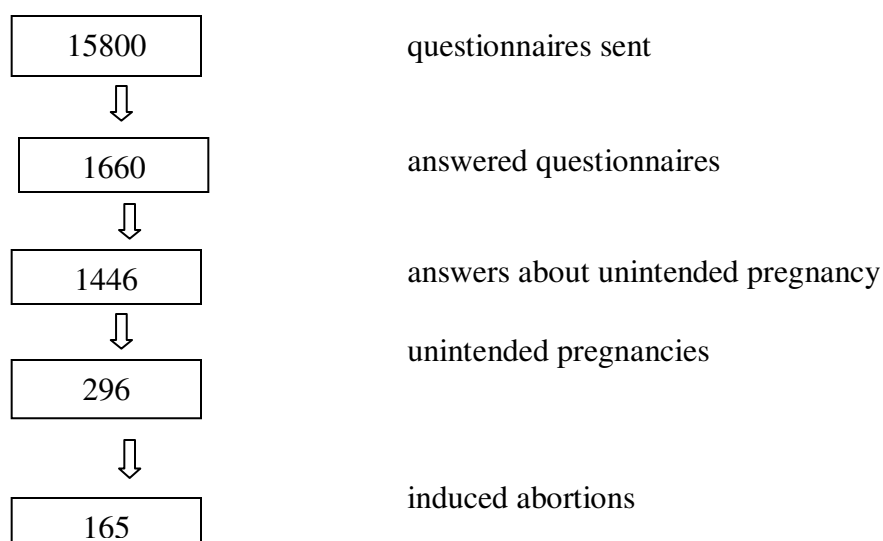
2005, although incidence of induced abortion in Brazil decreased, it can still be considered high by global public health standards, as more than one million induced abortions occurred in the country in 2005 (11). The introduction in the 1990s of misoprostol as a method of induced abortion in Brazil was associated with a significant reduction of morbidity (12). Legalized abortion seems to reduce the incidence of maternal death around the world (13). Estimates indicate the relevance of induced abortion problem for public health and there is a need to obtain more accurate data on the phenomenon. Several authors have pointed out how difficult this can be, since direct ways to approach the subject with women, through standardized questionnaires and individuals interviews typically lead to underestimation of the phenomenon, since women tend to deny that they've had an abortion (14-16). Even when women are in a health care service, in a situation of incomplete abortion with complications, women feel embarrassed and / or afraid of declaring that they've had an abortion, which also results in large underreporting of the number of abortions (10). Besides the data on the occurrence of abortion, it is also necessary to know the circumstances in which it occurs, as well as sociodemographic and economic characteristics that are related to it, so we can better understand the context in which women resort to abortion and identify subgroups with special health services care need (17), and support the planning of services to better guide on prevention of unintended pregnancies.

Method

A cross-sectional descriptive study was carried out on about 15,800 employees who worked in a public entity of the State of São Paulo, Brazil. Data was gathered using a structured and pre-tested questionnaire, self-administered by participants. The employees received the questionnaire and an explanatory letter on two separate occasions with their payslips. Upon

receiving the first call in January 2010, participants were asked to complete the questionnaire and send it back in a pre-stamped response envelope that accompanied the questionnaire. In the second call in February 2010, the letter had the same explanation and requested that participants answer the questionnaire only if they had not done so yet. 1733 questionnaires were received (response rate 11%), of which 72 were completely blank and one questionnaire was found to be repeated. The situation was later resolved. Thus, the final sample contained 1660 participants. Of these, 1446 had answered whether or not they had experienced an absolutely unintended pregnancy. In other words, there were 214 questionnaires that contained all the information except the answer to the question that asked whether the respondent had experienced an absolutely unintended pregnancy. Of these 1446, 296 participants reported an absolutely unintended pregnancy at some point in their lives and 165 respondents stated that at this occasion had opted for an abortion. The questionnaires were reviewed, numbered and typed twice. The sample size was calculated at 255 subjects. An estimated proportion of 79% of people who resorted to an abortion during an unintended pregnancy was taken as a parameter of calculation (18) and a significance level of 5% was set up, with an absolute difference of 5 points between the sample proportion and population proportion. For data analysis, an initial description of the conduct observed in the sample was performed in regard to the choice of an abortion during an unintended pregnancy. Next, possible association of conduct with sociodemographic variables was investigated. Chi-square test (19) was used for bivariate analyzes. To study the interaction between demographic variables and conduct concerning induced abortion, a Poisson regression model was developed (20). For the analysis, independent variables were considered in the on the occasion of the unintended pregnancy: gender (male, female), age (in years), age of partner (in years), scholarity of the respondent (until high school, college), marital status (united, not

united), number of children (none, 1 or more), use of contraception (yes, no), religiosity (religious, not religious or intermediary), importance of religion on the answers given (very important, slightly important, not important, no religion) and the importance of personal religious views on the answers given (very important, slightly important, not important, no personal conceptions). From the religiosity variable, respondents were classified from an index created based on a combination of the responses to the two questions in the questionnaire addressing aspects of belief, practice and perception of how religion affects their pursuit of their profession. The choice of these dimensions to measure religiousness was based on the model proposed by Glock and Stark (21) to estimate how the commitment to a particular religion interferes in people's behavior and attitudinal choices (22, 23, 24). The research followed the Brazilian standards for human research (25) and the protocol was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medical Sciences, University of Campinas (016/2008). The anonymity of those who answered the questionnaire was ensured because it did not request any identification information, and the manner of distribution made it impossible for researchers to have access to the names of people who were invited to participate in the research.



Results

Sociodemographic characteristics of the full sample

In the studied sample (1660 people), about one tenth (9%) of the respondents were under 30 years of age and 60 % were between 30 and 49-years-old. The majority of respondents (73.1%) were female, 70% had some college education - complete or incomplete - about two thirds (62.4%) lived in union, 30.3% reported having no living children at the time of interview (53,5 % had 1 or 2 children) and about two-thirds (63.1%) reported a family income up to 10 minimum wages. Regarding religious practice, just over half (53.9%) of respondents declared themselves Catholics, 50.2% said that religion was very important to the answers they gave, and a similar proportion (53.0%) said the same about the importance of their personal religious beliefs while about 30% of the sample self-classified as non-religious (38% religious; 32,7 % intermediates).

Personal conduct of the respondents when confronted with an unintended pregnancy

Female respondents were asked if they had ever had an absolutely unintended pregnancy, whereby felt the need for an abortion, and what they did on that occasion. Male respondents were asked the same question about any partner. About one fifth of the participants (20.5%) reported experiencing an unintended pregnancy, and just over half (55.7%) of those respondents said that they had opted for an abortion. Among participants who did not resort to abortion of an unintended pregnancy, the reasons for carrying the baby to term were primarily: abortion is a crime (23.1%), their religion does not allow abortion (17.4%), for religious reasons (14.9%), or partner did not allowed (12.4%). About 10% reported having a lack of courage, 8.3% reported they didn't know where to get an abortion, and 5.8% said they

did not have the money to pay an abortion. Appearing in a lower proportion and grouped in the category "other" (20.7%) were the following explanations: there was no need for an abortion because a miscarriage occurred, the abortion attempt failed, the respondent's parents did not allow abortion, thought about the child or the respondent was against abortion. Of the reasons respondent's opted for an abortion, the most frequent were: desire not to be a single mother or father (37%), the partner not accepting the pregnancy (31.5%), fear of parents discovering the pregnancy (30.9%), wish to continue their studies (29%), or being too young to be a mother or father (23.5%). The association of sociodemographic characteristics and behavior at the time of the unintended pregnancy and abortion option was evaluated. A higher rate of abortion among male respondents (62.1%) aged 18 to 24 years (62.3%) and among those who reported having no children (58.9%) was observed but these differences were not statistically significant. However, in the cases of marital status, scholarship, and contraceptive use, there was statistical significance. Participants who were not living with a partner or "not united" (61.7%), those who had some college education (70.3%), and those who used barrier or behavioral methods of contraception, or a combination of both (68.8%), most reported opting for an abortion (Table 1). Among those who reported not using contraception at the time of unintended pregnancy, the most frequently reported reason for this was that they had not intended to have sexual intercourse (38.9%).

When a multiple regression analysis was performed, the only variable associated with opting for an abortion when facing an unintended pregnancy was scholarship. Respondents with college education reported more abortions than respondents with less education (Table 2).

Sociodemographic characteristics of those who opted to induce abortion (at the time of abortion)

Of the 165 people who reported performing an abortion when faced with an unintended pregnancy, approximately 10.2% were under 17 years old, 52% were between 18 and 24-years-old and 37.8% were more than 25-years-old. 76.8% had no children, 19.4% had 1 or 2 children, and 3.8% had 3 or more children. 19.9% were in some type of union, and 80.1% were not. 21.2% had only basic education, 22.5% had some high school education, and 56.3% had some college education. 27.2% did not use contraception, 18.5% used a hormonal, surgical or IUD method, and 54.3% used barrier or behavioral methods, or a combination of both.

With the information on respondent's current ages and ages at the time of their abortions, it was possible to infer the time period during which the abortions were performed. Most abortions (45%) took place between 1980 and 1989, a quarter (25%) between 1990 and 1999, another quarter (25%) from 1963 to 1979, and only 5% between 2000 and 2009. Analyzing the way that abortions were performed in each time period, it was found that 29% of abortions between 1963 and 1979, 54% of those between 1980 and 1989, 16% of those from 1990 to 1999, and 1% of abortions between 2000 and 2009 were performed by a doctor. 8% used misoprostol to induce abortion between 1963 and 1979, 19% from 1980 to 1989, 58% from 1990 to 1999, and 15% from 2000 to 2009. 36% used other medications to induce abortion from 1963 to 1979, 43% from 1980 to 1989, 7% from 1990 to 1999 and 14% between 2000 and 2009. Of those who used a midwife to complete the abortion, 20% did so between 1963

and 1979, 73% from 1980 to 1989 and 7% between 2000 and 2009. There were small amounts of variable loss in each of these variables.

Circumstances in which abortion was practiced

When asked about how their abortions were performed, just over three fifths of participants (61.8%) reported that their abortion had been performed by a physician, while 12.1% said it had been done by midwife, and only 1.9 % reported that abortion was done by a "curious" (an unknown person). Drugs were reported used to induce abortion by 29.3% of respondents, with 17.8% of them mentioning misoprostol and 11.5% indicating the use of other medicines; 2.5% reported that other methods were used to induce abortion, such as: probes and "stopgaps" (*Luffa operculata*) (Table 3).

When asked about post-abortion complications, just over one fifth (22.9%) of respondents said there was a need for medical care after the abortion, and 16.6% said there was hospital admission of the woman involved (Table 4). Higher proportions of participants who said that their abortion was carried out by "curious" reported the need for medical care and hospitalization (100% and 66.7% respectively) compared with those who reported an abortion carried out by a physician (11.8% and 7.5 %) or a midwives (26.7% and 18.8%). Fewer of those who reported using misoprostol to perform the abortion needed medical care or hospitalization (39.3% and 32.1% respectively) compared with those who reported other methods of abortion induction (50%) (Table 5).

Discussion

One in five participants reported that they had experienced an absolutely unintended pregnancy, as observed in other studies. At the same time, it's relevant that one in two respondents opted for abortion in this situation, despite it being an illegal practice in Brazil. This ratio fortifies the notion that to avoid unsafe abortions we must work on the prevention of unintended pregnancies (18, 26, 27, 28). It is also noteworthy that most of the abortions reported were performed by a physician and / or made with use of misoprostol. While other studies show use of misoprostol use in between 50 and 85% of women who induced abortion (29), in this study there was a lower rate of use (17.8%) which may be due to the fact that the differentiated population of the study had shown financial ability to appeal directly to a physician to perform the abortion safely. Similar to the results observed by Silva et al (30) and trend observed in most studies related to induced abortion in Brazil, participants who reported the use of misoprostol to induce of abortion reported complications in lower numbers. A consensus of studies on maternal mortality due to abortion is that misoprostol has changed the landscape of abortion in Brazil. Using this medication at home and having immediate access to the hospital for curettage of incomplete abortions ensured women receive assistance quickly, reducing the severity of post-abortion bleeding or infections.

It should be noted that most respondents in this study had abortions in the 1980s which may be due to the fact that 60% of respondents were 30 to 49-years-old at the time of this research and 52% of those who had abortions did so when they were between 18 and 24-years-old. Although most respondents in this study used a doctor to perform their abortion, there was a trend toward proportional reduction in demand for physicians (54% in the 80s, 16% in the

90s) while there was a proportional increase in the use of misoprostol over the years (19% in the 80 and 58% in the 90's). This is consistent with the historical use of misoprostol in Brazil, which entered the market in 1986 for treatment of gastric ulcers, and, until 1991, was sold legally in pharmacies. Studies identified a change in the early 1990s in the methods of abortion used by women, noting a preference for misoprostol due to its lower cost, greater privacy and security and their inability to obtain an abortion in private clinics.

However, misoprostol's entry into the world of abortion methods did not eliminate all risks of induced abortions in unsafe conditions. The illegality of abortion poses new challenges to public health, including the risk to women and their partners in approaching to traffickers or illegal drug traders to buy misoprostol. Another new challenge is that, for many women, the effectiveness of misoprostol as an abortifacient method depends on immediate access to hospitals. Furthermore, *near miss* morbidity studies indicate that induced abortion remains an important cause of maternal morbidity, and it needs to be monitored by new research (29).

The lower incidence of complications with the use of misoprostol means that the studied sample had access to less unsafe means for stopping unintended pregnancies, despite the illegality of the practice. If we consider this information in conjunction with the education of the participants, we can see that this is an exceptional situation when compared to the Brazilian population. Most of the participants who chose an abortion when they had an unwanted pregnancy, had more than 11 years of scholarship – far above the national average (31) - indicating that they lived in better conditions.

In terms of the sociodemographic characteristics of the population studied, the population differs somewhat from Brazilian population, which was expected, since the sample was originated from officials in a Brazilian metropolitan area. While women who induced

abortions in Brazil in the last 20 years of studies on the subject were typically between 20 and 29-years-old, in a union, had up to 8 years of study, and had at least one child (29), the respondents in the studied population who opted for an abortion were primarily (52%) between 18 and 24-years-old, not united (80.1%), college educated (56.3%) and without children (76.8%). This population is closer to Brazilian data as it proved to be hard-working, Catholic, availing itself of contraceptive methods (although in the case of this sample, the majority - 54.3% - reported use of barrier or behavioral methods or a combination of both), and taking misoprostol to induce abortion. Despite the differences presented by this population, unintended pregnancy and induced abortion remain an issue, as observed in other studies, which agree with the concept that to avoid abortions, is necessary to act in preventing unintended pregnancies (18, 26 , 27, 28).

The book *20 Years of Research on Abortion in Brazil* by the Health Ministry, recounting 2109 publications in English and 398 sources that have been studied in depth, says that between 9.5% and 29.2% of all women who induce abortions do not have children, which leads to the inference that abortion is a important tool for reproductive planning of women with children when contraceptives fail or are not properly used (29). In this study, the high number of respondents without children who aborted (76.8%), added to the high scholary and better socioeconomic conditions lead to the inference that, when you have access to less unsafe conditions for abortion, this may be a reproductive planning tool also for those who have no children.

This study did not aim to calculate the incidence of abortion in the sample, but there were 165 reports of induced abortion when facing an unintended pregnancy among 1446 respondents, which would approach 11% affirmative answers. This number suggests that this type of methodology - self-answered questionnaires - can be a good alternative when studying an

event for which it is difficult to access reliable data and there is typically a high number of omissions by individuals during reporting. In the late 1980s, while the direct approach techniques put the incidence of induced abortion at 8 per 1000 women, the technique of random response (32) showed 42 out of 1000. In the mid 1990s, ballot box methods (33) showed 7.2% and indirect questions obtained a result of 3.8% of induced abortions (29). As abortion is a topic on the border of law and taboo, the research instruments utilized can determine the resultant data quality. Studying an illegal practice is a challenge for any research team (29).

The choice of abortion when facing an absolutely unintended pregnancy was independently associated with scholarship, being more frequent among respondents with some college education, which corroborates the findings of another study (34) that indicated that, usually, people with higher scholarship are more favorable to abortion.

Little is known regarding the symbolic universe of women who have abortions and their decision-making processes (29). This study tried to understand a little of this reality, and in practically all the most cited reasons for opting for an abortion, a lack of family and reproductive planning can be observed as the root of the problem. The most cited reasons for not performing an abortion when facing an unintended pregnancy were those related to law, religion and morality. Although more than half of the total studied sample have declared themselves to be Catholic and stated that their religious views are very important to both their lives and the answers given in the survey, the classification of religiosity of the studied population was similarly divided, with a slight predominance of religious (38%). Even with Catholicism condemning the practice of abortion, more than half the people who found themselves facing an unintended pregnancy, many of whom probably have declared themselves catholic and "religious", opted to induce abortion. Among people who did not

resort to abortion, the most cited reason for this was because it is a crime (23%), which confirms the findings of other studies (14, 15, 22), that religion was not clearly and directly related to abortion. Experiencing an unintended pregnancy appears to be an event of great impact on people's lives that seems to overcome feelings and prior beliefs - another finding that reaffirms the need for prevention of unintended pregnancies.

It's important to note that the observed results cannot be generalized to all people invited to participate in the study, since the response rate was approximately 11%. Also, it is impossible to know whether there was some selection bias, such that people who answered the questionnaire were more willing to respond because they had more liberal ideas about abortion. However, previous studies with gynecologists and obstetricians (18, 28), judges and prosecutors from all over Brazil (26), and population-based surveys with men and women (14) reached similar results concerning the choice of an abortion when faced an absolutely unwanted pregnancy.

This study was relevant to show that, even with a significant selection bias in the sample, culturally and economically privileged people can fail in family planning, culminating in a high rate of unintended pregnancies and a high rate of abortion. Thus, studies are needed to better understand the familial and sexual dynamics of different populations and effective tools to prevent unintended pregnancies and the physical, psychological and social onus that may arise with them.

References

1. Ahman E, Shah I. Unsafe abortion : global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva. World Health Organization; 2011. 67 p.

2. Silva RS. O impacto do aborto ilegal na saúde reprodutiva: sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. *Saúde e Sociedade*. 1997; 6(1):53-75. Portuguese.
3. Silva RS, Morell MGG. Em que medida as paulistanas recorrem ao aborto provocado. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG. 2002 Nov 4-8. Portuguese.
4. Rocha MIB, Neto JA. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó E. *Sexo & Vida XX*, editors. *Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas, Brazil: Editora da Unicamp; 2003.p. 257-298. Portuguese.
5. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO Library; 2012. p.16-26.
6. Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A, Drescher J. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(4):216–25.
7. Camargo RS, Santana DS, Cecatti JG, Pacagnella RC, Tedesco RP, Melo Júnior EF, Sousa MH. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;112:88-92.
8. Alan Guttmacher Institute. *Sharing Responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute. 1999.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolution N° 1.989/2012. Rapporteurs: Lima CVTC, Gallo JHS, Vinagre JFM. D.O.U. 2012 May; Section I, p. 308-309. Portuguese.
10. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). In: Caxambu, MG, editor. XV Encontro Nacional de Estudos

Populacionais[Internet]. 2006 Sep. 18-22. Available from:
http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf.

Portuguese.

11. Adesse L, Ribeiro de Almeida LC. Using human rights principles to promote quality of abortion care in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2005;13.26:155–7.
12. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet*. 1993;341.8855:1258–61.
13. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: The public health consequences of restricted induced abortion—lessons from Romania. *American Journal of Public Health*. 1992;82.10:1328–31.
14. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Revista Saúde Pública*. 1996;30.5:444-51. Portuguese.
15. César JÁ, Gomes G, Horta BL, Oliveira AK, Saraiva AKO, Pardo DO, et al. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no Sul do Brasil. *Revista Saúde Pública*. 1997;31.6:566-71. Portuguese.
16. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2004;15.5:331-36. Portuguese.
17. Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. *Perspectivas de Planejamento Familiar número especial* [Internet]. 2001; 10-19, 37. Available from:
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701001P.pdf>. Portuguese.

18. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft J, Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician–gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reproductive Health Matters*. 2004;12.24:47–56.
19. Altman D.G. *Practical statistics for medical research*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 1999.
20. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
21. Glock CY, Stark R. Religion and society in tension. In: Swatos WH Jr, editor. *Encyclopedia of religion and society*. Hartford: Hartford Institute for Religion Research [internet]. Available from: <http://hrr.hartsem.edu/ency/religiosity.htm>.
22. Cochran JK, Chamlin MB, Beeghley L, Harmden A, Blackwell BS. Religious stability, endogamy, and the effects of personal religiosity on attitudes toward abortion. *Sociol Relig*. 1996;57.3:291-309.
23. Maltby J. The concurrent validity of the Francis attitude scale toward Christianity using intrinsic, extrinsic, and quest scales as criteria. *Int J Psychol Relig*. 2001;11.1:35-43.
24. Scheepers P, Grotenhuis MT, Van Der Slik F. Education, religiosity and moral attitudes: explaining cross-national effect differences. *Sociol Relig*. 2002;63.2:157-77.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. *Inf. Epidem. do SUS*. 1996;5(2). Portuguese.

26. Duarte GA, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. Rev. de Saúde Pública. 2010; 44.3:406-420.
27. Faúndes A, Simoneti RM, Duarte GA, Andalaft J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetrician about the Brazilian legislation on abortion. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2007;10.1: 6-18.
28. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de Ginecologista e Obstetras Brasileiros sobre o aborto induzido. RBGO. 2004; 26(2): 89-96. Portuguese.
29. Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Editora MS; 2009. 74p. Portuguese.
30. Silva FO, Bedone AJ, Faúndes AF, Fernandes AMS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência das complicações. Consequência do uso de misoprostol? Ver. Brás. Saúde Matern. Infant. 2010;10.4: 441-447. Portuguese.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais, 2010. Uma análise das condições de vida da população brasileira [internet]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf. Portuguese.
32. Silva R. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. Rev Bras Estud Popul. 1993;10.1/2:41-56. Portuguese.

33. Bishop GF, Fisher BS. "Secret ballots" and self-reports in an exit-poll experiment. *Public Opin Q.* 1995; 59(4):568-588.
34. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G, Balarezo, G. Opinião das mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer aborto. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10:320-330. Portuguese.

Tables

Table 1 - Percentage distribution of participants according to history of abortion at the time of unintended pregnancy and some selected sociodemographic variables

	Induced abortion			
	Yes	No	Total	p
Sex				
Female	111 (53,1)	98 (46,9)	209	0,199
Male	54 (62,1)	33 (37,9)	87	
Age				
≤ 17	16 (47,1)	18 (52,9)	34	0,224
18-24	81 (62,3)	49 (37,7)	130	
25 or more	59 (55,1)	48 (44,9)	107	
Children				
None	123 (58,9)	86 (41,1)	209	0,309
1-2	31 (48,4)	33 (51,6)	64	
≥ 3	6 (50,0)	6 (50,0)	12	
Marital status				
Living in union	32 (41,6)	45 (58,4)	77	0,004
Not living in union	129 (61,7)	80 (38,3)	209	
Scholarity				
Basic education	34 (47,9)	37 (52,1)	71	<0,001
High School	36 (42,9)	48 (57,1)	84	
College	90 (70,3)	38 (29,7)	128	
Contraceptive use				
None	44 (47,3)	49 (52,7)	93	<0,002
Hormonal/surgical/IUD	30 (46,2)	35 (53,8)	65	
Barrier methods/ behavioral/ combination of both	88 (68,8)	40 (31,2)	128	

Missing information of 25 participants for age, of 11 for children, of 10 for marital status and contraceptive use and of 13 for scholarity

Table 2 - Poisson multiple regression of option for abortion when facing unintended pregnancy

	PR*	CI** 95% for PR	p
Scholarity			
Up to high school	1		
College	1,71	1,19-2,47	0,004

*PR: prevalence ratio

**CI: confidence interval

Table 3 – Proportion of participants according to how abortion was performed

	N	%
Physician	97	61,8
Midwife	16	12,1
Curious	3	1,9
Misoprostol	28	17,8
Other medicine	18	11,5
Total*	157	

* Missing information of 5 participants and 3 not informed

** Each respondent could choose more than one alternative

Table 4- Percentage distribution of participants according to intercurrents after abortion

Intercurrences	n	%
Need for medical attention *		
Yes	35	22,9
No	118	77,1
Total	153	
Need for hospitalization #		
Yes	26	16,6
No	131	83,4
Total	157	

* Missing information for 4 participants and 8 not informed

Missing information for 4 participants and 4 not informed

Table 5 - Intercurrences after abortion according to how abortion was performed

	Physician	Midwife	Curious	Misoprostol	Other medicine	Other ways
Need for medical attention *						
Yes	11(11,8)	4(26,7)	2(100)	11(39,3)	8(47,1)	2(50,0)
No	82(88,2)	11(73,3)	0	17(60,7)	9(52,9)	2(50,0)
Total	93	15	2	28	17	4
Need for hospitalization #						
Yes	7(7,5)	3(18,8)	2(66,7)	9(32,1)	7(38,9)	2(50,0)
No	86(92,5)	13(81,3)	1(33,3)	19(67,9)	11(61,1)	2(50,0)
Total	93	16	3	28	18	4

* Missing information of 4 participants for physician, 1 for midwife, 1 for curious and 1 for other medicine. # Missing information of 4 participants for physician

5. CONCLUSÕES

- Na amostra estudada foi possível verificar que um de cada dois dos respondentes por ocasião de uma gravidez indesejada optou pelo abortamento.
- As pessoas tiveram acesso a condições menos inseguras para interromper uma gestação indesejada, ainda que num contexto de ilegalidade dessa prática.
- A principal associação entre as características sociodemográficas e a opção por indução de aborto frente a uma gravidez indesejada foi o nível superior de escolaridade, sugerindo que populações economicamente privilegiadas que têm acesso a condições menos inseguras de abortamento podem fazer uso do aborto como instrumento de planejamento reprodutivo. Sugere também que as pessoas com maior escolaridade são mais favoráveis ao aborto. Os principais motivos citados para justificar a opção por indução de aborto frente a uma gravidez indesejada tangenciam a falta de planejamento familiar e reprodutivo. Entre os motivos para não optar pela indução de aborto, destacam-se os relacionados à lei, à religião e à moral.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ahman E, Shah I. Unsafe abortion : global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Switzerland. World Health Organization. 2011. 67 p.
- 2- Silva RS. O impacto do aborto ilegal na saúde reprodutiva: sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. Saúde e Sociedade. 1997, 6(1):53-75.
- 3- Silva RS, Morell MGG. Em que medida as paulistanas recorrem ao aborto provocado. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG, 4 a 8 de Novembro de 2002. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_ST39_Souza_e_Silva_texto.pfd
- 4- Rocha MIB da e Andalaft Neto J. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó E. Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Editora da Unicamp, 2003.p257-298.
- 5- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Geneva, Switzerland. WHO Library. 2012. 16p-26p.
- 6- Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Bankole A, Drescher J. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. Perspect Sex Reprod Health 2007;39(4):216–25.
- 7- Camargo RS, Santana DS, Cecatti JG, Pacagnella RC, Tedesco RP, Melo Júnior EF, Sousa MH. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. Int J Gynaecol Obstet. 2011;112(2011)88-92.

- 8- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007;370(9595):1338–45.
- 9- Alan Guttmacher Institute. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York7. AGI, 1999.
- 10- Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 1.989/2012. Relatores: Lima CVTC, Gallo JHS, Vinagre JFM. Publicada no D.O.U. de 14 de maio de 2012, Seção I, p. 308 e 309.
- 11- Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, MG, 18-22 Setembro 2006. Disponível em:
http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf. Acesso em: 20/10/2012.
- 12- Adesse L, Ribeiro de Almeida LC. Using human rights principles to promote quality of abortion care in Brazil. *Reprod Health Matters* 2005;13(26):155–7.
- 13- Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 1993;341(8855):1258–61.
- 14- Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion—lessons from Romania. *Am J Public Health* 1992;82(10):1328–31.
- 15- Monteiro M, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões, 1992-2005. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2006; Caxambu. p. 1-10.
- 16- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet*. 2010;15(supL1):959-966.

- 17- Olinto M, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Revista Panam Salud Publica* 2004;15(5):331-336.
- 18- Bishop GF, Fisher BS. "Secret ballots" and self-reports in an exit-poll experiment. *Public Opin Q* 1995; 59(4):568-588.
- 19- Silva R. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. *Rev Bras Estud Popul* 1993;10(1/2):41-56.
- 20- Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L. The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia. In: Mundigo AI, Indriso C, editors. *Abortion in the developing world*. London;New York: Zen Books; 1999. p. 149-172.
- 21- Lara D, Strickler J, Olavarrieta CD, Ellertson C. Measuring induced abortion in Mexico: a comparison of four methodologies. *Sociol Methods Res* 2004;32(4):529-558.
- 22- Lara D, Garcia SG, Ellertson C, Camlin C, Suarez J. The measure of induced abortion levels in Mexico using random response technique. *Sociol Methods Res* 2006; 35(2):279-301.
- 23- Haddad LB, Nour NM. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *RevObstet Gynecol* 2009;2(2):122-6.
- 24- Henshaw SK, Adewole I, Singh S, Bankole A, Oye-Adeniran B, Hussain R. Severity and cost of unsafe abortion complications treated in Nigerian hospitals. *Int Fam Plann Perspect* 2008;34(1):40-50.
- 25- Högberg U. The World Health Report 2005: "make every mother and child count" – including Africans. *Scand J Public Health* 2005;33(6):409-11.
- 26- Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(12):1149-58.

- 27- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368(9550):1908–19.
- 28- Henshaw SK, Feivelson DJ. Teenage abortion and pregnancy statistics by state, 1996. *Fam Plann Perspect* 2000;32(6):272–80.
- 29- Silva DFO, Bedone AJ, Faúndes A, Fernandes MAS, Lima e Moura VGA. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso do misoprostol? *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10 (4): 441-447.
- 30- Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev. Saúde Pública*; 1996, 30(5):444-51.
- 31- César JÁ, Gomes G, Horta BL, Oliveira AK, Saraiva AKO, Pardo DO et al. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em município de porte médio no Sul do Brasil; *Rev. Saúde Pública.* 1997, 31(6): 566-71.
- 32- Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am j Public Health.* 2004, 15(5): 331-36.
- 33- Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. *Perspectivas de Planejamento Familiar.* 2001 (número especial) 10-19 e 37. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701001P.pdf>. Acesso em: 20/10/2012.
- 34- Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Sousa MH. The closer you are, the better you understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician–Gynaecologists to Unwanted Pregnancy. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Supplement):47–56

- 35- Altman D.G. Practical statistics for medical research. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC, 1999
- 36- Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
- 37- Glock CY, Stark R. Religion and society in tension. Chicago: Rand McNally, 1965. In: Swatos Jr WH. Encyclopedia of religion and society. Hartford: Hartford Institute for Religion Research [internet]. Disponível em: <http://hrr.hartsem.edu/ency/religiosity.htm>. Acesso em 20/10/2012.
- 38- Cochran JK, Chamlin MB, Beeghley L, Harmden A, Blackwell BS. Religious stability, endogamy, and the effects of personal religiosity on attitudes toward abortion. Sociol Relig. 1996;57(3):291-309. DOI:10.2307/3712158
- 39- Scheepers P, Grotenhuis MT, Van Der Slik F. Education, religiosity and moral attitudes: explaining cross-national effect differences. Sociol Relig. 2002;63(2):157-77. DOI:10.2307/3712563
- 40- Maltby J. The concurrent validity of the Francis attitude scale toward Christianity using intrinsic, extrinsic, and quest scales as criteria. Int J Psychol Relig. 2001;11(1):35-43. DOI:10.1207/S15327582IJPR1101_04
- 41- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Inf. Epidemiol. do SUS 1996; ano V nº 2.

7.1. Anexo 1 – Ficha de Coleta de Dados



Nº					
----	--	--	--	--	--

1. IDADE: [] ANOS COMPLETOS 2. SEXO: [1] FEMININO [2] MASCULINO 3. QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE COMPLETOU NA ESCOLA? [0] NENHUMA [1] DA 1ª A 4ª SÉRIE DO 1º GRAU [2] DA 5ª A 8ª SÉRIE DO 1º GRAU [3] DA 1ª A 3ª SÉRIE DO 2º GRAU [4] SUPERIOR INCOMPLETO [5] SUPERIOR COMPLETO 4. QUAL O SEU ESTADO MARITAL? [1] CASADO(A) [2] SOLTEIRO(A) [3] VIVE JUNTO [4] SEPARADO(A)/DIVORCIADO(A) [5] VIÚVO(A) 5. QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE SUA (SEU) ESPOSA(O) / COMPANHEIRA(O) COMPLETOU NA ESCOLA? [0] NENHUMA [1] DA 1ª A 4ª SÉRIE DO 1º GRAU [2] DA 5ª A 8ª SÉRIE DO 1º GRAU [3] DA 1ª A 3ª SÉRIE DO 2º GRAU [4] SUPERIOR INCOMPLETO [5] SUPERIOR COMPLETO [6] NÃO TENHO ESPOSA(O)/COMPANHEIRA(O) 6. QUANTOS FILHOS TEM NO TOTAL? [0] NENHUM [] FILHOS 7. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA COMO FUNCIONÁRIO(A) PÚBLICO? [] ANOS E/OU [] MESES 8. QUAL É A RENDA MENSAL TOTAL DE SUA FAMÍLIA? [1] MENOR OU IGUAL A R\$ 505,00 [2] DE R\$ 506,00 A R\$ 2.525,00 [3] DE R\$ 2.526,00 A R\$ 5.050,00 [4] DE R\$ 5.051,00 A R\$ 7.575,00 [5] DE R\$ 7.576,00 A R\$ 10.100,00 [6] R\$ 10.101,00 OU MAIS 9. EM QUE CASOS A LEI BRASILEIRA NÃO PUNE O ABORTO? (Pode assinalar mais de uma alternativa) [1] O FETO TEM QUALQUER MALFORMAÇÃO CONGÊNITA GRAVE INCOMPATÍVEL COM A VIDA EXTRA-UTERINA [2] A MÃE É HIV POSITIVO (TEM AIDS) [3] O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL EM USO FALHOU [4] A MULHER É SOLTEIRA E O PARCEIRO NÃO ASSUME A GRAVIDEZ [5] A GRAVIDEZ FOI RESULTADO DE ESTUPRO [6] A MULHER NÃO TEM CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE TER O BEBÊ [7] A GRAVIDEZ TRAZ PREJUÍZOS GRAVES À SAÚDE FÍSICA DA MULHER [8] A GRAVIDEZ TRAZ PREJUÍZOS GRAVES À SAÚDE PSICOLÓGICA DA MULHER [9] HÁ RISCO DE VIDA PARA A GESTANTE [10] FOI DIAGNOSTICADO ANENCEFALIA (O FETO NÃO TEM CÉREBRO) [11] EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA [12] EM NENHUMA CIRCUNSTÂNCIA [13] OUTRA CIRCUNSTÂNCIA. QUAL? _____ [14] NÃO SEI	10. EM SUA OPINIÃO, O ABORTO DEVERIA SER PERMITIDO SE: PARA CADA ITEM ABAIXO ASSINALE: [1] SIM se concorda OU [2] NÃO se não concorda [1] O FETO TEM QUALQUER MALFORMAÇÃO CONGÊNITA GRAVE INCOMPATÍVEL COM A VIDA EXTRA-UTERINA? [1] SIM [2] NÃO [2] A MÃE É HIV POSITIVO (TEM AIDS)? [1] SIM [2] NÃO [3] O MÉTODO ANTICONCEPCIONAL EM USO FALHOU? [1] SIM [2] NÃO [4] A MULHER É SOLTEIRA E O PARCEIRO NÃO ASSUME A GRAVIDEZ? [1] SIM [2] NÃO [5] A GRAVIDEZ FOI RESULTADO DE ESTUPRO? [1] SIM [2] NÃO [6] A MULHER NÃO TEM CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE TER O BEBÊ? [1] SIM [2] NÃO [7] A GRAVIDEZ TRAZ PREJUÍZOS GRAVES À SAÚDE FÍSICA DA MULHER? [1] SIM [2] NÃO [8] A GRAVIDEZ TRAZ PREJUÍZOS GRAVES À SAÚDE PSICOLÓGICA DA MULHER? [1] SIM [2] NÃO [9] HÁ RISCO DE VIDA PARA A GESTANTE? [1] SIM [2] NÃO [10] FOI DIAGNOSTICADO ANENCEFALIA (O FETO NÃO TEM CÉREBRO)? [1] SIM [2] NÃO [11] EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA? [1] SIM [2] NÃO [12] EM NENHUMA CIRCUNSTÂNCIA? [1] SIM [2] NÃO [13] OUTRA CIRCUNSTÂNCIA. QUAL? _____ [1] SIM [2] NÃO [14] NÃO SEI / NÃO TENHO OPINIÃO FORMADA 11. VOCÊ ACHA QUE TODA MULHER QUE FAZ UM ABORTO DEVERIA SER PRESA? [1] SIM [2] NÃO [3] DEPENDE DO MOTIVO PARA ABORTAR [4] NÃO SEI / NÃO TENHO OPINIÃO FORMADA [5] OUTRA. QUAL? _____ 12. VOCÊ CONHECE ALGUMA MULHER QUE FEZ ABORTO? [1] SIM [2] NÃO 13. VOCÊ ACHA QUE ESSA MULHER DEVERIA SER PRESA? [1] NÃO CONHEÇO ALGUMA MULHER QUE FEZ ABORTO [2] SIM [3] NÃO [4] NÃO SEI / TENHO OPINIÃO FORMADA [5] OUTRA. QUAL? _____ 14. SE VOCÊ É MULHER: JÁ TEVE UMA GRAVIDEZ ABSOLUTAMENTE INDESEJADA EM RELAÇÃO À QUAL SENTIU NECESSIDADE DE PROVOCAR ABORTO? O QUE VOCÊ FEZ? [1] NUNCA TIVE UMA GRAVIDEZ ASSIM → PULE PARA 28 [2] TIVE E FIZ O ABORTO → PULE PARA 17 [3] TIVE E NÃO FIZ O ABORTO → PULE PARA 16 15. SE VOCÊ É HOMEM: ALGUMA PARCEIRA SUA JÁ TEVE UMA GRAVIDEZ ABSOLUTAMENTE INDESEJADA EM RELAÇÃO À QUAL SENTIU NECESSIDADE DE PROVOCAR UM ABORTO? O QUE ELA FEZ? [1] NUNCA UMA PARCEIRA MINHA PASSOU POR ESTA SITUAÇÃO → PULE PARA 28 [2] PASSOU E ELA FEZ O ABORTO → PULE PARA 17 [3] PASSOU E ELA NÃO FEZ O ABORTO → CONTINUE NA 16
---	---

16. POR QUE NÃO FEZ O ABORTO? (Pode assinalar mais de uma alternativa) [1] NÃO SABIA ONDE FAZER [2] NÃO TINHA DINHEIRO PARA PAGAR [3] PORQUE É CRIME [4] MEU PARCEIRO NÃO DEIXOU/ PARCEIRA NÃO QUIS FAZER [5] MEUS PAIS NÃO DEIXARAM [6] PORQUE A MINHA RELIGIÃO NÃO PERMITE [7] OUTRO. QUAL? _____ 17. QUANDO OCORREU ESSA GRAVIDEZ, QUE IDADE: a) VOCÊ TINHA? [] ANOS COMPLETOS b) SEU PARCEIRO / SUA PARCEIRA TINHA? [] ANOS COMPLETOS 18. QUAL ERA A ÚLTIMA SÉRIE QUE VOCÊ TINHA COMPLETADO NA ESCOLA QUANDO OCORREU ESSA GRAVIDEZ? [0] NENHUMA [1] DA 1ª A 4ª SÉRIE DO 1º GRAU [2] DA 5ª A 8ª SÉRIE DO 1º GRAU [3] DA 1ª A 3ª SÉRIE DO 2º GRAU [4] SUPERIOR INCOMPLETO [5] SUPERIOR COMPLETO 19. QUAL ERA SEU ESTADO MARITAL QUANDO OCORREU ESSA GRAVIDEZ? [1] CASADO(A) [2] SOLTEIRO(A) [3] VIVIA JUNTO [4] SEPARADO(A)/DIVORCIADO(A) [5] VIÚVO(A) 20. QUANTOS FILHOS VOCÊ TINHA QUANDO OCORREU ESSA GRAVIDEZ? [0] NENHUM [] FILHOS 21. QUAL MÉTODO ANTICONCEPCIONAL (PARA EVITAR FILHO) ESTAVA SENDO USADO QUANDO ACONTECEU A GRAVIDEZ? [8] NENHUM → CONTINUE COM 22 [1] PÍLULA [2] TABELINHA [3] CAMISINHA [4] COITO INTERROMPIDO [5] OUTRO. QUAL? _____ 22. POR QUE VOCÊ TEVE / A SUA PARCEIRA TEVE RELAÇÕES SEM USAR ALGUM MÉTODO? [1] NÃO PRETENDIA TER RELAÇÃO [2] FOI UMA RELAÇÃO FORÇADA [3] PARCEIRO(A) DISSE QUE USARIA CAMISINHA, MAS NÃO USOU [4] OUTRO. QUAL? _____ 23. SE VOCÊ OU SUA PARCEIRA: [1] NÃO FEZ O ABORTO → PULE PARA 28 [2] FEZ O ABORTO → CONTINUE NA 24 24. POR QUE FOI FEITO O ABORTO? (Pode assinalar mais de uma alternativa) [1] NÃO DESEJAVA SER MÃE / SER PAI SOLTEIRO(A) [2] NÃO DESEJAVA CASAR [3] ERA JOVEM DEMAIS PARA SER MÃE / SER PAI [4] TINHA MEDO QUE OS PAIS SOUBESSEM DA GRAVIDEZ [5] QUERIA CONTINUAR ESTUDANDO [6] QUERIA CONTINUAR TRABALHANDO [7] PARCEIRO NÃO QUERIA A GRAVIDEZ; NÃO ASSUMIU [8] OUTRO. QUAL? _____	25. O ABORTO FOI FEITO: (Pode assinalar mais de uma alternativa) [1] COM USO DE MEDICAMENTO. QUAL? _____ [2] POR PARTEIRA [3] POR MÉDICO [4] OUTRO. QUAL? _____ 26. APÓS FAZER O ABORTO VOCÊ TEVE / A SUA PARCEIRA TEVE ALGUM PROBLEMA PARA O QUAL PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO? [1] SIM [2] NÃO [3] NÃO SEI / NÃO LEMBRO 27. APÓS FAZER O ABORTO VOCÊ PRECISOU / A SUA PARCEIRA PRECISOU SER INTERNADA? [1] SIM [2] NÃO [3] NÃO SEI / NÃO LEMBRO 28. QUAL A SUA RELIGIÃO? _____ [88] NENHUMA → PULE PARA 32 29. HÁ QUANTO TEMPO TEM ESSA RELIGIÃO? [] ANOS [77] DESDE QUE NASCI [88] NÃO LEMBRO 30. COM QUE FREQUÊNCIA VAI AOS CULTOS OU MISSAS DE SUA IGREJA? [1] PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA [2] DE UMA A DUAS VEZES POR MÊS [3] ALGUMAS VEZES POR ANO [4] SÓ EM OCASIÕES ESPECIAIS (FESTAS, CASAMENTOS, VELÓRIOS, ETC) [5] NÃO FREQUENTO. [6] OUTRO. QUAL? _____ 31. O QUÃO IMPORTANTE PARA VOCÊ FOI A SUA RELIGIÃO SOBRE AS RESPOSTAS QUE DEU NESTE QUESTIONÁRIO? [1] MUITO IMPORTANTE [2] POUCO IMPORTANTE [3] NÃO FOI IMPORTANTE [4] OUTRO. QUAL? _____ 32. PENSANDO EM SUA VIDA DE MODO GERAL E NAS SUAS CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS, ESCOLHA UMA DAS ALTERNATIVAS ABAIXO: [1] NÃO TENHO CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS [2] MINHAS CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS NUNCA INTERFEREM EM MINHA VIDA [3] MINHAS CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS POUCAS VEZES INTERFEREM EM MINHA VIDA [4] MINHAS CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS MUITAS VEZES INTERFEREM EM MINHA VIDA [5] MINHAS CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS SEMPRE INTERFEREM EM MINHA VIDA 33. O QUÃO IMPORTANTE PARA VOCÊ FORAM AS SUAS CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS SOBRE AS RESPOSTAS QUE DEU NESTE QUESTIONÁRIO? [1] NÃO TENHO CONCEPÇÕES RELIGIOSAS PESSOAIS [2] MUITO IMPORTANTE [3] POUCO IMPORTANTE [4] NÃO FOI IMPORTANTE [5] OUTRO. QUAL? _____ MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO!
--	---

7.2. Anexo 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Fatores associados à interrupção voluntária da gestação

Área Temática:

Pesquisador: Tábata Regina Zumpano Dias

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

CAAE: 03002812.4.0000.5404

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 44501

Data da 22/05/2012

Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como um procedimento para interromper uma gestação não planejada, realizado por indivíduos que não possuem as habilidades necessárias ou num ambiente sem o mínimo dos padrões médicos preconizados, ou ambos, o que representa risco significativo para a saúde e para a vida das mulheres. O abortamento inseguro é reconhecidamente um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países em que é considerado crime. Nos países em que o aborto é ilegal, a incidência do abortamento inseguro em estudos demográficos representa apenas uma fração do número real de procedimentos inseguros. Das aproximadamente 600.000 mortes maternas que acontecem anualmente no mundo, estima-se que uma em oito são em decorrência de um aborto. Nos países em que o aborto é permitido, são raros os casos relatados de morte materna relacionada ao aborto. Trata-se de um tema polêmico, controverso e também bastante discutido mundialmente. Estima-se que, apesar do aumento do uso de métodos anticoncepcionais nas últimas três décadas, o número de abortamentos que ocorrem anualmente no mundo varie de 40 a 50 milhões, sendo a metade deles realizados em condições inseguras. A grande maioria dos abortos inseguros (95%) ocorre em países em desenvolvimento, onde a legislação é restritiva. Na América Latina e Caribe, dada a ilegalidade, quase todos os abortos são realizados de modo clandestino. Apesar da restrição legal, o aborto clandestino é altamente prevalente na região, com uma taxa de aborto por 100 mulheres em idade reprodutiva, 3 a 10 vezes maior que nos países da Europa Ocidental, onde o aborto é permitido. No Brasil, o aborto é permitido apenas em casos de estupro e risco de vida materno. As estimativas de abortos ilegais em 1998 estavam em torno de 940.660, representando uma razão de 23 abortos por 100 gestações. Segundo Monteiro e Adesse, no período de 1992 a 2005, apesar de ter sido observada uma diminuição da incidência do aborto induzido, esta ainda pode ser considerada alta para os padrões de saúde pública. Mais de um milhão de abortos induzidos ocorreram no país em 2005. A introdução do misoprostol como um método de indução de aborto no Brasil, nos anos 90, associouse com uma redução significativa de morbidade. Acredita-se que a legalização do aborto reduziu a incidência de morte materna no mundo. As estimativas indicam a relevância do problema para a saúde pública, ao mesmo tempo em que se discute a necessidade de se obterem dados mais precisos sobre o fenômeno. Entretanto, vários autores têm apontado quão difícil isto pode ser, uma vez que formas diretas de abordar o assunto junto às mulheres, através de questionários padronizados e entrevistas individuais levam à subestimação do fenômeno, pois as mulheres tendem a negar a prática do aborto. Mesmo quando se encontram em serviço de saúde, em situação de aborto incompleto com complicações, as mulheres sentem-se constrangidas e/ou com medo de declarar seus abortamentos, o que resulta também em grande subnotificação do número de abortos. Além da própria ocorrência do aborto provocado, é necessário se conhecer as circunstâncias nas quais ocorre, bem como que características

sociodemográficas e econômicas se relacionam com ele, para que seja possível compreender melhor o contexto em que as mulheres recorrem a um aborto, bem como para identificar subgrupos com necessidades especiais de atendimento pelos serviços de saúde, visando subsidiar o planejamento dos serviços para melhor orientar sobre a prevenção de gravidez indesejada.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a ocorrência de aborto induzido numa amostra populacional residente no interior do estado de São Paulo.

1. Identificar a ocorrência de aborto induzido entre homens e mulheres por ocasião de gravidez absolutamente indesejada.
2. Estudar as circunstâncias na qual o aborto induzido foi praticado.
3. Estudar a associação entre variáveis sociodemográficas e a conduta pessoal por ocasião de gravidez indesejada, à época do aborto induzido e na atualidade.
4. Identificar os motivos pelos quais optou-se por realizar ou não o aborto induzido por ocasião de gravidez indesejada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Possíveis Riscos: Não há uma vez que o estudo será baseado em análise de questionários utilizados em uma pesquisa anterior ("Aborto induzido: vivência de homens e mulheres do Estado de São Paulo").

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa utilizará métodos adequados para se alcançar os objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 26 de Junho de 2012

Assinado por:
Carlos Eduardo Steiner