

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

Salvador  
2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ABORTO E JUVENTUDE: UM ESTUDO EM TRÊS CAPITAIS BRASILEIRAS**

**GREICE MARIA DE SOUZA MENEZES**

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia

Orientadora: Estela M. L. Aquino

**SALVADOR  
2006**

Ficha Catalográfica  
Maria Creuza F. Silva CRB 5-996

---

M541a Menezes, Greice Maria de Souza.

Aborto e juventude : um estudo em três capitais  
brasileiras / Greice Maria de Souza Menezes. –  
Salvador : G.M.de S. Menezes, 2006.  
186 p.

Orientador(a): Profa. Dra. Estela M. L. Aquino.  
Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva.  
Universidade Federal da Bahia.

1. Gênero. 2. Sexualidade. 3. Comportamento  
Reprodutivo. 4. Aborto. I. Título.

CDU : 57.063

---

## **AGRADECIMENTOS**

A Estela Aquino, presença indispensável em todos os momentos do percurso de elaboração da tese. Agradeço a leitura sempre atenta e minuciosa do material apresentado, o constante apelo ao rigor e sua forma cuidadosa e elegante de apontar as fragilidades e lacunas do trabalho, sugerindo alternativas para contornar as dificuldades. Qualidades que tornaram nossos encontros um espaço de aprendizado que ultrapassa as fronteiras de uma relação acadêmica.

A toda a equipe do MUSA, que com muito companheirismo e uma constante alegria (re)construem cotidianamente as bases de relações de trabalho solidárias, éticas e acima de tudo prazerosas. Especialmente a Diorlene Silva, pela paciência e afeto com que compartilhou os desafios da análise dos dados, suportando minhas dúvidas e as minhas opções com muitas idas e vindas; A Maria Conceição Chagas pelo apoio decisivo, pela generosidade e disponibilidade em todo percurso da análise dos dados e da apresentação dos resultados; A Ana Paula dos Reis pelas sugestões críticas e a cumplicidade de todos os momentos; A Jenny Araújo pela ajuda competente permeada de uma doçura ímpar; A Lilian Marinho, parceira de todas as horas; A Edleuza Santos, pela delicadeza e presteza em acolher as minhas inúmeras solicitações; A Cecília McCallum e Luiza Elvira Belaunde, pelo aprendizado e pela alegria do convívio; A Tatiana Lemos pela pronta resposta aos pequenos pedidos, sempre acompanhada de um sorriso amigo; a Antoniel Barros e Silvia Lemos, bolsistas do PIBIC, pelo apoio na fase inicial de análise dos dados; A Jorge, Acácia e Ieda pelo afeto.

A coordenação da equipe da pesquisa GRAVAD □ Profs. Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, França), Estela Aquino (MUSA/ISC/UFBA) e Daniela Knauth (NUPACS/UFRS), pela oportunidade de participar de uma iniciativa de tal envergadura, possibilitando o acesso a um material precioso para o trabalho. Particularmente ao Prof. Michel Bozon pelas sugestões acerca da análise e à Profa. Maria Luiza Heilborn, pelas indicações bibliográficas e disponibilização de textos.

A Profa. Elaine Brandão, cujo trabalho de revisão sobre gravidez na adolescência foi fundamental na sistematização da bibliografia sobre o tema.

Aos Profs. Nelson Oliveira, da Universidade Federal da Bahia e Aluísio F. Barros da Universidade Federal de Pelotas, pelas recomendações relativas à análise estatística.

A Prof. Michèle Ferrand pelas sugestões na discussão do projeto e indicações bibliográficas.

A José Bouzas Araújo Filho, Bernd Gesner e Maurício Cardeal pela ajuda pontual mas preciosa nestes últimos momentos.

As(os) queridas(os) colegas do doutorado, nas pessoas de Yury Ichihara, Rosana Aquino, Guadalupe Medina, Ana Luisa Vilasbôas, Gerluce Pontes e Monica Angelim, uma turma com um encontro marcado desde há muito tempo, lá quando da nossa escolha pela saúde pública. Certamente, não conseguimos realizar todos os projetos que havíamos nos prometido, mas fica a boa lembrança dos breves encontros durante o curso.

A minha família que, embora sem compreender direito do que se tratava este trabalho, torceram para que eu pudesse concluí-lo da melhor maneira (e o mais rápido possível). A minha tia Enyde que partiu antes que eu tivesse tido a chance de lhe agradecer pelo seu imenso afeto e lhe dizer o quanto ela foi responsável pelo meu gosto, desde pequena, pelos livros.

A Roquelina Santos, pela solidariedade incondicional.

A Bebeto por ter suportado minha presença dividida nesses anos do curso e por todos os momentos bons que nos permitem reparos, recomeços e a vontade de continuar juntos.

A meus filhos Caio e Flora pela solidariedade em compreender minha escolha que implicou tantas ausências nos últimos tempos, pelos pequenos gestos carinhosos que reiteram minha certeza de que são, em grande medida, responsáveis pelo sentido das coisas da vida.

# SUMÁRIO

<b>1 – APRESENTAÇÃO</b>	08
<b>2 – REVISÃO DA LITERATURA SOBRE ABORTO</b>	13
2.1. Aspectos Epidemiológicos do Aborto	13
2.2. Gravidez, Aborto e Juventude	18
2.3. Os Homens e o Aborto	29
<b>3 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b>	34
3.1. A Temática: O Aborto Provocado	34
3.2. Adolescência e Juventude: Etapas de Transição para a Idade Adulta	35
3.3. A Gravidez na Juventude	38
3.4. Contracepção na Juventude: Entre a Norma e as Práticas Contraceptivas	41
<b>4 – A PESQUISA GRAVAD</b>	49
4.1. Os Pressupostos da Investigação	49
4.2. As Estratégias de Produção dos Dados	50
4.3. A População Entrevistada no Inquérito	52
<b>5 – QUESTÕES DE PESQUISA</b>	54
<b>6 – OBJETIVOS</b>	54

<b>7 – RESULTADOS</b>	55
<b>ARTIGO 1 – GRAVIDEZ E ABORTO ENTRE JOVENS DE TRÊS CAPITAIS BRASILEIRAS</b>	
Introdução	57
Metodologia	62
Resultados	66
Discussão	70
Referências Bibliográficas	81
<b>ARTIGO 2 - ATITUDES FRENTE À PRIMEIRA GRAVIDEZ: AMBIGÜIDADES NA DECISÃO POR UM ABORTO</b>	
Introdução	90
Metodologia	95
Resultados	100
Discussão	105
Referências Bibliográficas	120
<b>ARTIGO 3 - ABORTO PROVOCADO NA JUVENTUDE: DESIGUALDADES SOCIAIS NO DESFECHO DA PRIMEIRA GRAVIDEZ</b>	
Introdução	132
Metodologia	134
Resultados	138
Discussão	143
Referências Bibliográficas	151
<b>7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	160
7.1 Sobre os Limites e Validade do Estudo	160
7.2. Novas Perspectivas de Análises sobre o Tema	167
7.3. As Contribuições do Estudo e suas Implicações para as Políticas Públicas	171
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	178

# 1 – APRESENTAÇÃO

O presente trabalho apresenta os resultados de uma investigação sobre o tema do aborto na juventude, inscrevendo o estudo desta problemática no campo da saúde, mais particularmente, no da Saúde Coletiva.

A gravidez nessa etapa da vida tem sido objeto de muitos estudos, de diferentes disciplinas, mas, de fato, uma maior ênfase tem sido dada à experiência da maternidade e suas conseqüências. A gravidez terminada em aborto não é tão investigada, embora dados de muitas pesquisas identifiquem a importância do problema para adolescentes e jovens e o risco associado a prática do aborto, em muitos casos de forma recorrente.

Este trabalho insere-se em uma ampla pesquisa sobre juventude, sexualidade e reprodução<sup>1</sup>, combinando metodologias qualitativa e quantitativa. Trata-se de estudo multicêntrico, envolvendo três instituições com tradição de pesquisa no Brasil, com uma equipe de pesquisadoras/es, de diferentes formações disciplinares e experiência em investigação qualitativa e quantitativa.

O estudo ora apresentado refere-se aos dados do inquérito de base populacional, realizado através de entrevistas domiciliares com jovens, de ambos os sexos, entre 18 e 24 anos, residentes nas três cidades envolvidas na pesquisa (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre).

O aborto foi estudado a partir do relato da(s) experiência(s) de interrupção da gravidez entre adolescentes e jovens. Pretendeu-se identificar as características

---

<sup>1</sup> A investigação “Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil” (Pesquisa GRAVAD) foi elaborada por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, Paris), Estela Aquino (MUSA/UFBA), Daniela Knauth (NUPACS/UFGRS). O estudo foi realizado por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS. Os principais resultados do inquérito encontram-se publicados no livro “*O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens*”



daquelas/es que declararam este evento, os aspectos relacionados com a atitude das mulheres frente à gravidez e os fatores associados ao seu desfecho, incorporando a perspectiva masculina na análise do tema, questões ainda pouco investigadas na literatura nacional sobre o tema.

Partiu-se da premissa que os relatos de aborto provocado são distintos segundo gênero, raça e grupo social, refletindo a multiplicidade de significados que podem ser atribuídos a cada gravidez e ao próprio aborto, estando associados a fatores de diferentes ordens que resultaram na decisão por sua interrupção.

O aborto envolve aspectos de cunho ético, moral e religioso, sendo objeto de forte sanção social. Esta condição implica dificuldades no seu relato, particularmente em contextos de ilegalidade da sua prática, como no Brasil. Ainda que várias medidas tenham sido adotadas pela equipe GRAVAD para propiciar sua declaração pelos jovens entrevistados, se faz necessária uma discussão sobre a produção dos dados e seus resultados, sobretudo diante da impossibilidade de validação externa das informações obtidas.

O presente documento inicia-se com uma revisão bibliográfica da literatura epidemiológica sobre aborto, juventude e temáticas correlatas. Em seguida, tecidas algumas considerações teóricas que enquadraram a análise adotada, é apresentada a pesquisa GRAVAD, seus pressupostos analíticos e as alternativas adotadas no tratamento do tema da gravidez e do aborto na juventude.

Os resultados do estudo são apresentados sob a forma de três artigos. O Quadro I sumariza os recortes específicos da população investigada que foram utilizados em cada um deles.

---

*brasileiros*” (Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006), onde podem ser obtidas informações sobre a composição detalhada da equipe de pesquisadores.

O Artigo 1 "*Gravidez e Aborto entre Jovens de três Capitais Brasileiras*" objetivou a caracterização dos jovens entrevistados segundo a experiência de gravidez e aborto. Uma tipologia reprodutiva foi elaborada, comportando quatro grupos: “sem experiência de gravidez”, “com gravidez terminada em aborto provocado”; “com gravidez terminada em filho ou aborto espontâneo” e “com gravidezes que resultaram em filho ou aborto espontâneo e aborto provocado. Dessa forma, foram excluídos os jovens não iniciados sexualmente e que reportaram uma gravidez própria ou da parceira ainda em curso no momento da entrevista. Posteriormente, através da Análise de Correspondência, buscou-se identificar os perfis sociofamiliares dos distintos grupos.

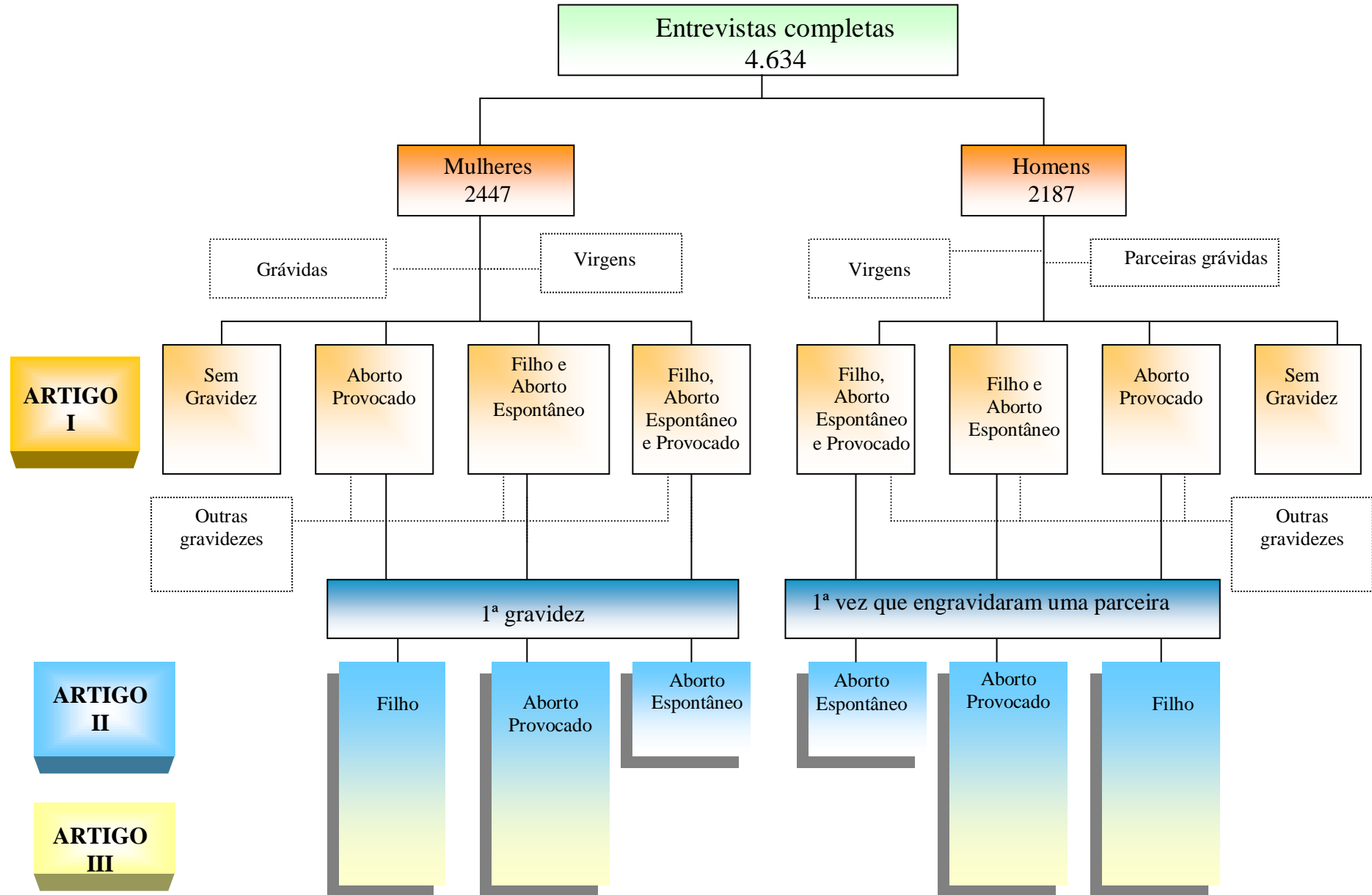
No Artigo II, intitulado "*Atitudes Frente à Primeira Gravidez: As Ambigüidades na Decisão por um Aborto*", a análise ateve-se à população feminina do inquérito, incluindo jovens que relataram gravidez alguma vez na vida, mas excluindo aquelas grávidas no momento da entrevista, dado que o desfecho desse evento ainda não estava definido. Seu objetivo foi analisar a atitude inicial das jovens frente à primeira gravidez, se esta comportou ou não a opção da sua interrupção. De modo exploratório, através da regressão logística politômica, buscou-se identificar os fatores associados à atitude inicial frente à gravidez, analisando-se aqueles relacionados à características sociofamiliares das jovens, do tipo/natureza da parceria, da intenção prévia à gravidez, da reação própria e das famílias.

No Artigo III, "*Aborto Provocado na Juventude: Desigualdades Sociais no Desfecho da Primeira Gravidez*", pretendeu-se investigar os fatores associados ao aborto como desfecho do primeiro evento reprodutivo na população investigada, através da comparação das gravidezes que resultaram no nascimento de um filho com aquelas terminadas em aborto provocado. Foram inicialmente realizadas análises bivariadas, sendo utilizada posteriormente a regressão logística não condicional, com entrada

hierarquizada dos dados em um modelo teórico definido previamente, discriminando variáveis independentes em quatro blocos: sociofamiliar, relativo ao modo de entrada na sexualidade, à interação com o/a parceiro/ da gravidez e à situação da/o jovem à época. A população do estudo abrangeu as mulheres que relataram gravidez alguma vez na vida e os homens, relativamente às suas parceiras (excluídos os jovens que mencionaram gravidez própria ou da parceira no momento da entrevista e as gestações que terminaram em aborto espontâneo).

Em seguida à apresentação dos artigos, na última parte da tese discute-se, à guisa de conclusão, os limites do estudo e são indicadas novas perspectivas de análise do tema, suscitadas a partir dos seus resultados. Por fim, uma síntese das principais conclusões do estudo é apresentada, sendo apontadas algumas indicações para a implementação de políticas públicas e, em particular, de saúde.

## Quadro I - População do estudo



## 2 - REVISÃO DA LITERATURA SOBRE ABORTO

### 2.1. Aspectos Epidemiológicos do Aborto

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o aborto persiste como um importante problema de saúde pública. As severas restrições legais à sua prática não têm, assim como em outras regiões onde é criminalizado, evitado sua realização. Ao contrário, a repressão penal recai sobre as mulheres mais pobres, levando-as a buscar meios inseguros para interrupção da gravidez, realizados por profissionais não especializados, com conseqüências danosas à saúde, que podem, inclusive, levar à morte (AGI, 1999).

Para dimensionar sua magnitude, dois indicadores são tradicionalmente utilizados: o primeiro, a “taxa de abortos”<sup>2</sup> refletindo a ocorrência do evento, isto é a probabilidade das mulheres em idade reprodutiva recorrerem ao aborto em um dado período ou ao longo da vida; um segundo indicador, a “proporção de abortos/gravidezes”<sup>3</sup>, expressando o percentual de mulheres que, uma vez grávidas, interrompem a gestação, nesse caso, excluídos do denominador os abortos espontâneos (Singh & Sedgh, 1997; Silva, 1997; Bankole et al., 2001). Razões do tipo abortospartos ou abortos/filhos são menos usadas.

Silva (1997) esclarece que esses indicadores, embora com significados distintos, são complementares e possibilitam uma informação mais completa sobre a situação do aborto. A taxa de aborto seria a medida de excelência para estimar a ocorrência do evento, permitindo comparações entre populações no mesmo período de tempo ou

---

<sup>2</sup>A Taxa é construída dividindo o número de abortos no período considerado sobre a população feminina em idade reprodutiva (idade variável nos estudos - 15 a 44 ou 15 a 49 anos); são também utilizadas taxas separando menores de 20 anos e em seguida, dividindo-se as faixas etárias, a cada 5 anos.

<sup>3</sup> Proporção de abortos: número de abortos para cada 100 gravidezes.

evidenciando variações internas a uma população ao longo de um dado período. Já a proporção aborto/gravidez teria uma maior utilidade na detecção de alterações do comportamento do aborto, ao revelar, diante da ocorrência de uma gravidez, a chance desta resultar em aborto (Bankole et al., 2001).

Singh & Sedgh (1997) ilustram situações que permitem compreender melhor a natureza das informações de tais indicadores. Ambos, taxa e proporção de abortos podem diminuir simultaneamente, em contextos onde os níveis de fecundidade são estáveis e as mulheres recorrem menos ao aborto, ao adotarem métodos contraceptivos seguros. Entretanto, podem não seguir a mesma tendência; por exemplo, se diminui o nível global de partos, a proporção de abortos pode aumentar, mesmo com uma ocorrência estável ou em descenso.

Estimativas para 1995 (Henshaw et al., 1999) registravam cerca de 46 milhões de aborto no mundo (cifra podendo variar de 42 a 50 milhões), sendo 43,8% destes realizados de forma ilegal; isto significava uma taxa média de 35 abortos por cada 1000 mulheres de 15 a 44 anos, com variações importantes entre as regiões, estando as maiores taxas nos países da Europa Oriental e Central (90/1000) e na América Latina (37/1000). As menores taxas são observadas entre os países da Europa Ocidental (11/1000), sem restrições legais para sua realização, onde investimentos em informação sobre anticoncepção conjugam-se a um acesso fácil a contraceptivos eficazes.

Para esses autores, a presença de taxas moderadas e altas na maioria dos países demonstra que o aborto permanece como uma alternativa utilizada pelas mulheres para regulação da fecundidade. Estas taxas estariam assim a refletir a ocorrência de gravidezes não planejadas, sobretudo onde o acesso à anticoncepção é limitado (Henshaw et al., 1999).

Bankole et al. (2001), utilizando-se de distintas fontes de dados de cinquenta e seis países<sup>4</sup>, analisam as características das mulheres que realizam aborto, mostrando idade, situação conjugal, raça, paridade, escolaridade e local de residência como fatores que influenciam as suas atitudes e motivações para evitar uma gravidez e diante desta, optar por um aborto. Variações encontradas entre regiões, países e mesmo ao interior de grupos sociais confirmam a complexa articulação entre os fatores citados, em cenários de maior ou menor restrição à contracepção e à prática do aborto.

Para o Brasil, considerando os limites impostos pela ilegalidade do procedimento, as estimativas situam-se em torno de um milhão de intervenções por ano (AGI, 1994). Estas informações, oriundas de uma pesquisa conduzida concomitantemente em outros cinco países da América Latina<sup>5</sup>, levam em conta procedimentos de curetagem pós-aborto realizados na rede pública de serviços e relatos de profissionais de saúde entrevistados. Para o país, o volume estimado de 1.400.000 abortos anuais implica uma taxa de 3,7 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, bastante superior aos valores encontrados em países como o Canadá e os EUA, respectivamente de 1,2 e 1,4 abortos/100 mulheres. Estipula-se que 31% das gravidezes no Brasil terminavam em aborto, discutindo-se o papel deste procedimento na regulação da fecundidade no país (AGI, 1994).

Estes dados foram atualizados, para o período 1994/1996, por Corrêa & Freitas (1997), aplicando o mesmo fator de correção utilizado no trabalho acima mencionado (AGI, 1994). Apesar do decréscimo, foram estimados valores de 728.100 a 1.039.000 de abortos provocados (estimativa média e máxima, respectivamente).

Singh & Sedgh (1997), utilizando dados de diferentes fontes nacionais e regionais da Colômbia, do México e do Brasil, justamente analisam a influência do aborto na determinação dos níveis e da tendência da fecundidade destes países, entre os

---

<sup>4</sup> Estatísticas governamentais, inquéritos nacionais e outros dados regionais.

anos 70 e início da década de 90. Embora assinalem a primazia do uso de contraceptivos na explicação da acentuada queda da fecundidade nos locais estudados, mostram uma situação específica no Brasil, com o aborto desempenhando um papel mais significativo; o país apresentava no início dos anos 90 uma taxa de fecundidade geral 13% mais baixa do que se esperava, em função do aumento da proporção do aborto, contínuo desde os anos 70. Para essas autoras, tal como já havia sido assinalado por Barbosa & Arilha (1993), a difusão do uso do Cytotec<sup>®6</sup>, vendido ilegalmente nas farmácias do país, apesar da sua proibição, facilitou o recurso ao aborto, em uma realidade que impunha as mulheres obstáculos ao acesso a contraceptivos, mesmo em um contexto de grande aumento da prevalência de esterilização feminina no período.

A caracterização do aborto como problema de saúde pública advém não só da sua elevada magnitude mas dos efeitos sobre a saúde. Resultados de estudos em diferentes municípios brasileiros, a partir de dados da Declaração de Óbito complementados a informações de prontuários hospitalares e de entrevistas domiciliares, revelam a subnotificação das mortes por aborto (Compte, 1995; Albuquerque et al., 1997; Parpinelli et al., 2000; Menezes & Aquino, 2001), evidenciando o aborto como causa importante de morte materna, retirando a vida de muitas mulheres em circunstâncias plenamente evitáveis.

Em que pese o fato de que a mortalidade representa apenas parte do problema, constituindo sua face mais dramática, os dados referentes à hospitalização por aborto confirmam a freqüência da realização deste procedimento. Dados de um dos trabalhos referidos acima (AGI, 1994), revelam que 1 a cada 3,5 mulheres com abortos induzidos estão sujeitas à internação.

---

<sup>5</sup> Colômbia, Chile, México, Peru e República Dominicana.

<sup>6</sup> Nome comercial do misoprostol, uma prostaglandina sintética utilizada para tratamento de úlceras gastroduodenais, que vem sendo amplamente usado pelas mulheres pelo seu efeito de contratura da musculatura uterina.



Ao longo da última década, a curetagem pós-aborto tem, sistematicamente, representado um dos procedimentos obstétricos mais realizados nas unidades de internação na rede pública de serviços de saúde. Nos últimos anos, tem se verificado uma maior ocorrência de hospitalizações por complicações do aborto em mulheres de 15 a 29 anos, quando comparadas àquelas com idade superior a 30 anos (Costa, 1999).

Corrêa & Freitas (1997), analisando dados do DATASUS, entre 1994 a 1996, verificam um decréscimo das internações hospitalares por aborto no país (de 331.861 em 1994, para 246.370, em 1996). Entretanto, certamente este grande volume de internações tem implicado custos muito elevados para o tratamento das complicações e seqüelas pós-aborto, atingindo um setor, que enfrenta uma crônica carência de recursos. Costa (1999), com um dos poucos trabalhos desta natureza, avalia que o total gasto com internações por aborto, no Rio de Janeiro, em 1991, seria suficiente para que o Estado assumisse a realização de aproximadamente 62.000 abortamentos seguros, correspondendo a 91% dos procedimentos estimados para aquele ano.

Em recentes fóros internacionais<sup>7</sup> o aborto foi reconhecido como problema de saúde pública, tendo sido recomendado aos países, entre outras, a revisão das leis punitivas sobre esta prática, a garantia de uma atenção de qualidade às mulheres em situação de abortamento.

No Brasil e nos países onde o aborto é criminalizado, sua prática se traduz numa clara expressão da permanência das desigualdades sociais entre as mulheres. Embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, obrigando-as a buscar práticas clandestinas para interrupção de uma gravidez não planejada, diante da decisão de submeter-se a um aborto, distintas trajetórias poderão ser rastreadas, confluindo para basicamente dois grandes caminhos: o das mulheres que podem arcar

---

<sup>7</sup> Em 1994, o Brasil foi signatário da Declaração Final da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo (1994), cujas principais resoluções relativas ao aborto foram

com os custos de uma intervenção em clínicas privadas, com acesso a métodos rápidos, seguros e sem riscos aparentes à saúde e o das demais mulheres, seguramente a maior parcela da população feminina, que recorre a várias estratégias, numa sucessão cada vez mais arriscada para a saúde.

A experiência do aborto, profundamente marcada pela ilegalidade da prática em muitos países, penaliza portanto as mulheres mais pobres. Este aspecto insere o tema no âmbito da discussão dos direitos reprodutivos, que, segundo Ávila (2003:466), *“dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. [...] o que significa tratar a reprodução como dimensão da cidadania e conseqüentemente da vida democrática”*.

## **2.2. Gravidez, Aborto e Juventude**

A literatura internacional aponta para a vulnerabilidade de adolescentes e jovens à uma gravidez, enfatizando-se o caráter acidental dessas gestações, refletido nas suas designações de “não planejadas”, “não programadas”, “indesejadas”, “não pretendidas”.

Nos Estados Unidos, Henshaw et al. (1999) encontraram que, apesar de decrescentes, as taxas de gravidezes consideradas não intencionais foram mais elevadas entre mulheres jovens, com idade de 18 a 24 anos, solteiras, de baixa renda, negras ou hispânicas. Do mesmo modo, Jones et al. (2002) afirmam que, naquele país, são as mulheres mais jovens e as mais pobres aquelas que apresentam as maiores proporções de não utilização de contraceptivos, estando propensas a terem uma gravidez não pretendida.

---

posteriormente ratificadas na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, China, em 1995 (Themis, 1997).

Para os países da Europa Ocidental, um recente relatório evidencia uma “cartografia” das gravidezes adolescentes, as quais ocorrem com maior frequência em regiões menos favorecidas, com populações sujeitas à maior exclusão social e ao desemprego, sobretudo nas zonas rurais e periferias das cidades (Daguerre & Nativel, 2004).

No Brasil, nas últimas décadas, a mudança do padrão de fecundidade com rápido declínio, observado em todas as regiões do país, resultou no aumento relativo da gravidez entre jovens de 15 a 19 anos, fenômeno que já havia sido documentado nos países industrializados, despertando o interesse de profissionais da demografia (Camarano, 1998 a e b).

Pesquisas apontam que entre as mulheres jovens, sobretudo adolescentes, encontram-se percentuais elevados de gravidezes consideradas não planejadas<sup>8</sup>. Para 1986 e 1996, dados da DHS para o Brasil informavam que, respectivamente 40,7% e 50% dos nascimentos no grupo de mulheres de 15 a 24 anos foram considerados não planejados (BEMFAM, 1997). Do mesmo modo, a pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade dos Jovens, através de inquérito domiciliar com jovens, realizada em Recife, Rio de Janeiro e Curitiba revelava altos percentuais de gravidezes consideradas não planejadas (de 46 a 58%), entre jovens de 15 a 24 anos (BEMFAM, 1992).

É inegável a importância do aborto entre jovens. Para meados da década de 90, em trinta e quatro países onde dados eram disponíveis, foi entre mulheres de 20 a 24 anos em que se encontrou a maior ocorrência de aborto (taxa de aborto por 1000 mulheres), particularmente em Cuba (91/1000) e alguns países da Europa Oriental (30-44/1000). Quanto às proporções de aborto sobre as gravidezes, dados da maioria dos cinquenta e seis países analisados também mostraram os maiores valores entre jovens de

---

<sup>8</sup> Nas pesquisas da DHS, considera-se nascimento planejado (referindo-se ao último nascimento ocorrido nos 5 anos anteriores à pesquisa) aquele mencionado como desejado para aquele momento; não planejado

20 a 24 anos; para as menores de 20, estes percentuais variaram de menos de 10 a 20%, com algumas exceções, destacando-se Nigéria e Cuba, com 52,6% e 32,8%, respectivamente (Bankole et al., 2001). Embora essas jovens menores de 20 anos, assim como as mulheres de 40 e mais anos, apresentassem as menores taxas de aborto, ao engravidarem, se registrou entre elas as maiores proporções de gravidezes terminadas em aborto (AGI, 1999).

Analisando dados de vinte e sete países sobre as razões mencionadas pelas mulheres para realizarem abortos, Bankole et al. (1998) observam que o desejo de postergar a maternidade e a ausência de condições socioeconômicas consideradas adequadas destacam-se como as mais importantes. Entretanto, em que pese as variações regionais e intraregionais, entre as jovens com menos de 25 anos, a percepção de se considerarem muito novas e temerem uma reação negativa dos pais ou de outros diante da gravidez, foram outros motivos citados.

No Brasil, na área da Saúde e mais particularmente na Saúde Coletiva, os estudos específicos sobre o aborto<sup>9</sup> voltam-se sobretudo, para uma descrição do perfil das mulheres, os métodos utilizados, as razões alegadas para fazê-lo e as conseqüências imediatas para a saúde. Adicionalmente, buscam investigar possíveis associações entre o aborto e variáveis sócio-demográficas ou aquelas relacionadas ao conhecimento e ao uso da contracepção.

Um bom exemplo é o estudo de Fonseca et al. (1996), entrevistando 4359 mulheres internadas em maternidades públicas de Fortaleza. Os autores investigaram as 2084 (47,8%) mulheres com quadro de aborto provocado: a maioria tinha entre 20 e 24 anos (57,9%) – um quinto adolescentes –, 52,5% era solteira, 73,2% tinha até 8 anos de estudo; 61,1 % não usava anticonceptivos à época da gravidez, por descuido (18,3%),

---

ou indesejado quando as mulheres afirmavam que o desejariam para mais tarde. Como se observa, há uma superposição dos termos “planejar” e “desejar”.

medo dos efeitos colaterais (22,2%), porque pensava não haver risco de gravidez (13,8%) ou não esperava ter relações; 22,0% das pacientes hospitalizadas por aborto referiram uma interrupção da gravidez anterior; a maioria (66,6%) referiu ter utilizado o Cytotec® (uso isolado ou associado a outros métodos).

O perfil delineado das mulheres que recorrem ao aborto – jovens, não unidas, com pouca escolaridade – é também encontrado por outros autores em pesquisas realizadas em hospitais de outras cidades brasileiras (Boehs et al., 1983; Vianna et al., 1990; Reis et al., 1995; Fonseca et al., 1996; Parente et al., 1998). Do mesmo modo, a não utilização de contraceptivos ou o uso de métodos considerados pouco eficazes são também assinalados em algumas investigações (Fonseca et al., 1996; Moraes Filho et al., 1997; Parente et al., 1998).

Quanto à recorrência do aborto, Costa (1999) identifica entre as 1608 mulheres internadas para tratamento do aborto incompleto em sete hospitais da rede pública no Rio de Janeiro, que 26% delas tinham tido pelo menos um aborto prévio e 12%, pelo menos três, percentuais ainda mais elevados do que aqueles mencionados anteriormente por Fonseca et al. (1996).

O trabalho de Bruno & Bailey (1998) embora também relativo a populações selecionadas em serviços de saúde, deve ser registrado, pois além de representar um exemplo raro de estudo prospectivo sobre o tema, contempla outras questões sobre o aborto entre jovens. Comparando 196 adolescentes admitidas com diagnóstico de aborto incompleto (sendo 66,7% provocado) com 367 jovens grávidas que buscavam acompanhamento pré-natal, identificaram especificidades entre aquelas do primeiro grupo; estas conformavam um perfil de jovens com mais idade, solteiras, estudantes, relatando em maiores proporções tratar-se de uma gravidez não desejada. Tanto no que diz respeito as razões da opção por prosseguir ou interromper a gravidez, como à reação

---

<sup>9</sup> (Boehs et al., 1983; Reis et al., 1995; Moraes Filho et al., 1997; Schor et al., 1998; Parente et al., 1998;

do entorno, os dois grupos se diferenciam — as jovens tendo optado pelo aborto consideraram que a gravidez teria impacto negativo nos seus estudos, nas oportunidades de ganharem dinheiro e nas relações familiares e sociais; do mesmo modo, seus parceiros, família e amigos estiveram envolvidos na decisão de abortar, esboçando reações mais contrárias à continuidade da gravidez.

Vários estudos enfocam ainda as complicações pós-aborto, em uma interface com a gineco-obstetrícia. Nestes, pode ser percebido uma referência à menor ocorrência de complicações infecciosas e hemorrágicas com o uso do Cytotec® (Fonseca et al., 1996; Souza et. al., 1999) quando comparada com a situação encontrada em pesquisas realizadas no início da década de 80, em que métodos mais agressivos são citados (Pinheiro et al., 1988).

Entretanto, uma pesquisa realizada em 1990 numa universidade brasileira, através de questionários enviados pelo correio a 937 alunas da graduação e de 1987 funcionárias, verificou-se que entre aquelas que admitiram ter feito pelo menos um aborto (8,7% e 13,2%, respectivamente), as menores de 20 anos despontaram como o grupo que apresentou a mais alta percentagem de complicações, sendo o dobro daquelas de 30 anos e mais (Hardy & Alves, 1992). Na regressão logística, foi verificada uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a realização do aborto fora do hospital e a presença de complicações.

Com esta mesma população de estudo, Costa et al. (1995) analisaram aspectos relacionados ao processo de decisão pelo aborto e as percepções subjetivas após o ato. Apesar dos limites metodológicos dos resultados desse estudo, já que apenas 30% das elegíveis contatadas responderam ao questionário enviado pelo correio, é interessante a inclusão de outros aspectos sobre o tema, pouco estudados na área da saúde pública. Estes autores apontam que a opção pelo aborto, mais freqüente entre as não unidas, foi

mais referida pelas mulheres que conversaram com parceiros e amigos e aquelas que disseram não estar ainda preparadas para criar ou educar um filho.

No Brasil, ainda são poucos os estudos de base populacional sobre o tema com amostras representativas da população. Apesar da inserção de questões sobre aborto nas duas pesquisas DHS/BEMFAM (1986 e 1996)<sup>10</sup>, suas respostas não foram incluídas nas respectivas publicações. Sobre os resultados da pesquisa de 1986, identificou-se uma única referência (Santos, 1994), com dados reconhecidamente abaixo da realidade: dentre as 5.892 mulheres de 15 a 54 anos entrevistadas, foi declarado um total acumulado de 1093 casos de aborto, sendo apenas 166 provocados; especificamente sobre aqueles ocorridos no ano anterior à pesquisa, dos 128 abortos relatados, 26 deles foram assumidos como induzidos.

Os estudos populacionais, além de onerosos, enfrentam a dificuldade apontada na obtenção desta informação, face não só a ilegalidade do procedimento mas também pelas questões éticas, morais e religiosas que cercam a interrupção de uma gravidez, levando as mulheres, inclusive aquelas que já a praticaram, a omitir sua declaração.

Em uma pesquisa recente de abrangência nacional realizada com jovens escolares de estabelecimentos públicos e privados em treze capitais brasileiras e no Distrito Federal, constatou-se que embora uma grande parcela dos entrevistados (variando de 42 a 68,3% nas capitais estudadas) tivesse mencionado conhecer alguém que já havia feito um aborto, apenas uma reduzida proporção admitiu já tê-lo feito (2,4 a 7,6%) (Abramovay et al., 2004).

Alguns inquéritos realizados no país têm adotado técnicas de coleta de dados visando garantir a privacidade das respostas e o anonimato das mulheres, a exemplo dos estudos de Silva (1993, 1996, 1997) e Silva & Morell (2002) utilizando a TRA –

---

<sup>10</sup> Trata-se de pesquisas realizadas pela DHS (*Demographic Health Surveys*) sobre aspectos da saúde reprodutiva, usando semelhante metodologia, que permite um patamar de comparabilidade nos países em desenvolvimento onde são realizadas.

Técnica de Resposta ao Azar<sup>11</sup>, ou de Olinto (1998), combinando o Método da Urna<sup>12</sup> com aquele das Questões Indiretas<sup>13</sup>.

Os estudos que utilizaram a TRA alcançaram obter das mulheres um maior relato de realização do aborto, pela garantia da confidencialidade da informação. Assim, em 1987, Silva (1993), com um estudo transversal, de base populacional, em uma zona urbana de São Paulo, obteve com a TRA um valor cinco vezes superior aquele obtido através do método direto; por este último estimou-se que 8,2 % das gestações terminavam em aborto enquanto que, através da TRA, este percentual elevou-se para 31,3%, mais compatível com outras informações locais disponíveis sobre a frequência do aborto. A omissão do aborto provocado foi constatada sobretudo entre as mulheres mais jovens (com menos de 25 anos), as não casadas, as não usuárias de contraceptivos, aquelas com um número de nascidos vivos menor do que o considerado ideal e as mulheres que mencionaram maiores restrições à prática do aborto.

Usando novamente a técnica para a cidade de São Paulo, Silva (1996) encontrou uma ocorrência anual de 39 abortos por 1000 mulheres, também superior aquela obtida pelo método de abordagem direta, com um percentual de omissão superior a 80%.

Já no estudo de Olinto (1998), um inquérito com 3002 mulheres, de 15 a 49 anos, de zona urbana, em Pelotas, Rio Grande do Sul, obteve-se um relato de aborto induzido de 3,8% com o método das questões indiretas, elevando-se para 7,2% ao ser aplicado o método da Urna. A pouca diferença encontrada pode ter sido devido à forma estigmatizante como foi elaborada a questão<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> A TRA utiliza um mecanismo destinado a garantir a confidencialidade da resposta do entrevistado diante do entrevistador e assim obter respostas mais fidedignas para questões delicadas. Tal técnica está bem descrita em Silva (1993).

<sup>12</sup> Através de uma urna, a entrevistada coloca sua resposta escrita em um papel que continha questões sobre se fez aborto; com uma parte superior de acrílico, permite a visualização pela entrevistada de outras respostas no seu interior (todas em branco, postas pela coordenação da pesquisa).

<sup>13</sup> Resposta oral à questões feitas por entrevistadores: “*Você já esteve grávida alguma vez que não podia ou queria estar*”? Se sim, o que você fez: ( ) nada, continuou a gravidez; ( ) tentou parar a gravidez e não conseguiu ( ) tentou parar a gravidez e conseguiu; ( ) outra opção.

<sup>14</sup> “*Alguma vez você tirou ou abortou um filho (grifo meu) que você queria ou não podia ter?*”



Entretanto, outros fatores parecem influenciar a declaração. Osis et al. (1996), a partir do relato de 1955 mulheres entrevistadas em seus domicílios, no Estado de São Paulo, sublinharam a necessidade de se atentar para a própria interpretação das mulheres sobre o significado de um aborto. Os autores verificaram uma tendência de omissão desta prática, quando se aborda diretamente o assunto (apenas 4% declarou um aborto alguma vez na vida); entretanto, 16,7% admitiram ter usado “algum remédio para menstruar”. Mesmo aquelas mulheres com história de internação por complicação do aborto negavam tal prática. Entre as entrevistadas que não recorreram a procedimentos médicos, tendo utilizado métodos caseiros (ingestão de chás e medicamentos), havia o reconhecimento de que tais recursos haviam sido acionados para fazer “descer as regras”, não sendo reconhecidos como práticas abortivas.

Leal & Lewgoy (1998) já haviam registrado semelhante achado em um estudo etnográfico realizado em vilas populares de Porto Alegre. Os autores discutem que uma gravidez não legitimada socialmente (pelo parceiro, pela família de ambos, pela rede social) abre a possibilidade do recurso ao aborto, mas este sendo empreendido como um método anticoncepcional, ainda que se possa fazer uso de medicamentos com efeito abortivo. Estas práticas, não identificadas como abortivas, são percebidas como um procedimento de “fazer baixar as regras”, integrando portanto uma rotina contraceptiva (Leal & Lewgoy, 1998).

Do mesmo modo, Nations et al. (1997), através de entrevistas em profundidade com 25 informantes-chaves e 66 mulheres que haviam realizado um aborto em período próximo à pesquisa verificaram, também em Fortaleza, uma ambigüidade nos relatos sobre gravidez e aborto. Para os autores, mais do que manipulações conscientes das mulheres acerca dessa declaração, essas práticas de regulação menstrual expressam estratégias populares para controlarem sua fecundidade, em contextos restritivos e punitivos da prática do aborto.

Alguns resultados dos estudos mencionados merecem ser destacados, ao sublinhar a importância do aborto entre as mulheres mais jovens. Olinto (1998) evidenciou que o relato de uma gravidez indesejada foi mais frequente entre adolescentes. Os principais fatores preditores do aborto nesta faixa etária foram: origem social de famílias de baixa renda, baixa escolaridade e alta evasão escolar e, um maior conhecimento de métodos contraceptivos. Já Silva (1997), na pesquisa sobre o comportamento do aborto provocado entre residentes de um subdistrito na cidade de São Paulo, mostrou que eram as jovens de 15 a 19 anos, as solteiras, aquelas ainda sem filhos e usuárias de contraceptivos (pouco eficazes) que mais recorriam ao aborto provocado.

Com essa revisão bibliográfica, verifica-se, no âmbito da Saúde Coletiva, que a maioria das pesquisas sobre o aborto, relativas ou não a adolescentes, está concentrada em populações específicas sendo na sua maioria, mulheres admitidas em hospitais para tratamento ao aborto incompleto. Apresentam assim um viés de seleção, já que reportam apenas a uma parcela dos abortos, aqueles que apresentaram complicações, levando as mulheres a busca de tratamento hospitalar. Mesmo em outros campos disciplinares uma parcela significativa dos estudos refere-se a jovens selecionadas em serviços de saúde<sup>15</sup>.

Juntamente com as pesquisas de base populacional, estas investigações têm sido importantes para a descrição dos fatores apontados anteriormente como: o perfil das mulheres que informaram provocar um aborto, os métodos utilizados, as consequências imediatas para a saúde, seu nível de informação e utilização de contraceptivos, os

---

<sup>15</sup> Em 2004, um levantamento realizado pela autora no banco de teses da CAPES sobre a temática do aborto, havia identificado, entre teses e dissertações, vinte e quatro trabalhos, na sua maioria dissertações, sendo sete de psicologia, sete de enfermagem, quatro de medicina (sendo três de tocoginecologia), três de saúde pública, dois de ciências sociais e um de demografia. Destes trabalhos, 16 são estudos qualitativos; excluídos um estudo de revisão e uma pesquisa de base populacional, em São Paulo, os demais foram realizados com jovens identificadas em serviços públicos de saúde, e uma pequena parcela com estudantes de universidades.

motivos para a realização do procedimento e mais recentemente sua opinião sobre o aborto.

Entretanto, cabe alguma consideração sobre a análise efetuada por esses estudos. De um lado, porque, além de limitada a algumas variáveis, se restringe a um enfoque transversal do problema, sem uma discussão ao interior de um modelo explicativo, capaz de articular tais variáveis, de modo a melhor apreensão da complexidade do fenômeno. Sexo e idade são analisados de uma perspectiva naturalizada, reduzidos à sua dimensão empírica, destituídos do seu significado social.

Ainda, uma análise destas pesquisas permite verificar que não tratam especificamente da questão entre adolescentes e jovens. Embora incluam indivíduos desses grupos etários, não há uma discussão sobre os determinantes e as experiências da gravidez e do aborto nestas etapas da vida. Assim, convergem muito frequentemente para uma única constatação: os jovens compõem um “grupo de risco”, pelo seu comportamento irresponsável face a um exercício considerado cada vez mais precoce da sua sexualidade, sem a utilização dos meios disponíveis para evitar uma gravidez.

Muitas investigações ressaltam sobretudo a carência de informação que os jovens detêm para acionar tais meios ou mesmo o achado supostamente paradoxal de que apesar de conhecerem os métodos contraceptivos, não os utilizaram no período anterior ao episódio da gravidez estudada, sendo assim culpabilizados por este comportamento considerado "irracional". Esta forma de responsabilização individual, no mínimo, desconhece o contexto social dos jovens brasileiros e as dificuldades materiais que vivenciam.

Também, como já haviam apontado Ramirez-Galvez (1999) e Peres (2003), na medida em que uma parte significativa destes estudos foram realizados com populações de baixa renda, uma associação entre precariedade das condições materiais de existência e o aborto está sempre presente, restringindo a diversidade de situações. Poucas

pesquisas foram realizadas fora dos serviços de saúde, sendo sobretudo com estudantes universitários de ambos os sexos (Pirota & Schor, 2002; Pirota & Schor, 2004) e alunas e funcionárias de uma universidade brasileira (Hardy et al., 1991; Hardy & Rebello, 1993; Costa et al., 1995).

Um outro comentário diz respeito ao fato de que os homens são raramente incluídos nas pesquisas; mesmo que alguns estudos a eles se refiram, isso se dá através de informações indiretas fornecidas pelas mulheres entrevistadas (Bruno & Bailey, 1998; Costa et al., 2005) sendo raras as investigações em que esses integram o universo empírico do estudo, a exemplo de Arilha (1998, 1999a e 1999b), Pinto (1998), Ramirez-Galvez (1999), Duarte (2000), Pirota & Schor (2002 e 2004), Peres (2003).

A produção do tema na área da saúde e, no caso presente, na Saúde Coletiva, expressa a pouca interlocução com outros campos do conhecimento, que poderia ajudar a construir um arcabouço teórico, de modo a contextualizar e conferir sentido aos padrões epidemiológicos encontrados. Disciplinas como a psicologia e sociologia, com estudos qualitativos trazem novas questões de pesquisa, vislumbrando outros olhares sobre o tema; do mesmo modo, ao investigar indivíduos oriundos de outros estratos sociais, fazem realçar as heterogeneidades presentes na realidade.

No Primeiro Encontro de Investigadores sobre Aborto Induzido na América Latina e no Caribe, realizado em 1994, em Bogotá, Colômbia, por exemplo, os pesquisadores presentes atestaram a permanência de um desconhecimento sobre a situação de adolescentes e suas especificidades, elaborando algumas recomendações para uma agenda de investigação sobre o tema, entre elas: a realização de estudos populacionais; a promoção e o apoio a investigações sobre o aborto induzido entre jovens, analisando aspectos como: a configuração da decisão pelo aborto, o papel do parceiro nessa decisão, os efeitos desta decisão sobre a relação do casal e sobre suas vidas, e o peso do aborto na morbimortalidade do adolescente; o estudo sobre a relação

do aborto com anticoncepção, especialmente nos processos de transição de um método a outro e as variações da prática contraceptiva em distintos tipos de parceria (Zamudio & Rubiano, 1995).

### ***2.3 Os Homens e o Aborto***

Há um consenso na literatura mais recente sobre saúde reprodutiva acerca da ausência ou, mais precisamente, da invisibilidade dos homens tanto na produção acadêmica quanto como usuários dos serviços (Arilha, 1998; Garcia, 1998; Almeida, 1999).

Nas últimas décadas, uma confluência de fatores tornou possível a incorporação dos homens nos discursos de investigadores, profissionais e formuladores de políticas. Estudos realizados em regiões alvo de programas de controle da fecundidade apontavam para o reconhecimento da importância dos homens nas decisões reprodutivas, sendo inclusive um elemento definidor para melhoria dos indicadores de saúde das mulheres. O ideário e a prática dos movimentos feministas e seu impacto na produção teórica propiciaram a introdução da dimensão relacional, ao incorporar a categoria de gênero.

Nos anos 80 e 90, motivada pelos desafios colocados pela epidemia de AIDS, observa-se a produção de estudos sobre homens, enfatizando-se questões no campo da sexualidade. A temática dos direitos sexuais e reprodutivos, embora presente em outras Conferências Internacionais da ONU, ganha destaque no evento do Cairo, em 1994, onde a discussão sobre os homens é definitivamente incorporada (Arilha, 1999a).

No Brasil, Arilha (1999a) chama ainda a atenção sobre a produção de terapeutas com estudos sobre masculinidades e o papel das ONGs que trabalham com o público masculino. Autores como Leal & Boff (1996) reconhecem a tendência crescente da

participação dos homens nas pesquisas sobre saúde reprodutiva, não só como investigadores, mas como objeto de estudo.

Após uma primeira onda de trabalhos sobre sexualidade/identidade sexual e pesquisas no contexto da AIDS, as questões da paternidade, ou da “nova paternidade” parecem cada vez mais frequentes, com diversificação das problemáticas sobre a reprodução.

Para Arilha (1999a:463), os eventos da reprodução têm um lugar de destaque para os homens na passagem da adolescência para a fase adulta. A incorporação de novas responsabilidades, associadas ao comportamento sexual e reprodutivo, sobretudo com o nascimento de um filho situam o rapaz no centro de um novo núcleo social. Para esta autora, “o casamento se configura como instância reguladora do comportamento sexual e reprodutivo dos homens”.

A perspectiva de incorporar os homens nas questões reprodutivas tem buscado, através da “desconstrução de argumentos culpabilizantes”, dar conta do aspecto relacional, permitindo assim perceber como se elaboram os processos de negociação e de decisão de homens e mulheres no campo da reprodução, este compreendido como um espaço de relação (Leal & Boff, 1996; Arilha, 1999a; Garcia, 1998, Bajos & Ferrand, 2002).

Uma primeira constatação refere-se ao fato de que essas questões sempre foram adjetivadas como femininas; a primazia das mulheres nos assuntos da contracepção, da gravidez e do parto as fez arcar com a responsabilidade total ou, no mínimo, majoritária neste domínio. Entretanto, ainda que o desejo de fecundidade das mulheres possa ser percebido pelos homens como uma ameaça, como uma "imposição", afastando-os dos pares, do exercício de uma sexualidade impessoal, ao mesmo tempo, é a possibilidade de realização deste desejo que contribui para tornar sua sexualidade socialmente aceita, contribuindo para consolidar sua identidade de gênero (Cabral, 2003).

Pesquisas mostram que os homens não devem ser considerados como meros coadjuvantes mas sim atores importantes nas questões reprodutivas. Para Le Van (1998) a gravidez pode ser uma forma de testar autenticidade dos sentimentos dos parceiros, obter uma “prova de amor”, oficializar, estabilizar ou romper a relação. Ou ainda, a definição mesma do estatuto de uma gravidez (se desejada ou não, se planejada ou não) está na dependência das atitudes e reações do parceiro (Bajos et al., 2002).

Assim, diante de uma gravidez não prevista, parece que a tradicional polaridade da reação do parceiro “sumir *versus* assumir” representaria de fato dois extremos de um mesmo *continuum*. De um lado, porque estudos têm mostrado que algumas mulheres podem deliberadamente não comunicar aos parceiros sobre a ocorrência de uma gravidez, justificando sua atitude por temor de uma reação negativa destes. Do outro lado, porque “assumir” parece comportar uma série de atitudes de maior ou menor investimento não só na relação com a parceira grávida, mas sobretudo diante das responsabilidades posteriores com o filho.

Cabral (2003) reitera que a assunção da paternidade implica para os rapazes o seu afastamento do mundo dos homens, da “brincadeira”, da “zoação”, da “molecagem” e expressaria, em uma certa medida que estes, ou se sentem prontos ou atestam uma disposição para fazer a passagem para o mundo adulto. Aceitar a gravidez é de certa forma estar disposto a assumir as responsabilidades impostas pela paternidade – papel do pai e do provedor – que podem não ter desejado (ao menos naquele momento).

O tipo de vínculo com a parceira parece determinante para assumir a gravidez e o filho, sendo fundamental o reconhecimento da existência de uma relação, com um casal constituído ou em vias de fazê-lo. Nos casos em que a gravidez não é aceita, a ilegitimidade deste vínculo é posta, comportando inclusive suspeição acerca da paternidade (Heilborn et al., 2002).

A externalidade da gravidez no corpo masculino, ao permitir aos homens a alternativa de se excluir fisicamente da decisão e das consequências desta, faz supor que esta exclusão é total, sobretudo quando o resultado é a sua interrupção. Diante do aborto, “sumir ou assumir” adquirem outros sentidos: de um lado, a influência dos parceiros na decisão da interrupção da gravidez tem sido um relato constante não só das mulheres mas sobretudo dos homens; em vários estudos, estes últimos afirmam que embora a decisão final seja delas, sua influência está longe de ser considerada algo menos importante naquele momento (Palma & Quilodrán, 1997; Arilha, 1998; Coleman & Nelson; 1999; Fischer et al., 1999; Kroelinger & Olths, 2000).

A participação masculina no aborto tem vários sentidos, para além do momento da decisão. Uma vez estabelecida a opção por um aborto, participar deste processo pode se dar tanto através da busca de informação sobre meios e locais para realização do procedimento, do pagamento deste, como pela presença junto a parceira no momento do abortamento e/ou lhe oferecendo-lhe apoio e suporte emocional (Almeida, 1999). Alguns estudos, realizados sobretudo com homens de camadas médias, têm investigado suas percepções e sentimentos nos momentos mesmo da realização do aborto, identificando-se relatos masculinos ricos de emotividade acerca da sua impossibilidade de fazer algo mais além de esperar, do desconforto com este “não lugar” onde estão colocados na cena (Pinto, 1998; Ramirez-Galvez, 1999; Holmberg & Wahlberg, 2000).

Portanto, o afastamento dos homens do aborto da parceira jamais é completo; de alguma forma influem, interagem, conferem sentido e circulam neste espaço. Entretanto, são mencionadas diferenças entre eles, com homens engajados em relações mais igualitárias de gênero tendo uma maior participação, ou – o que tem sido mais apontado – a responsabilidade material e afetiva sendo variável segundo o tipo de vínculo com a mulher (Guevara-Ruiseñor, 1998; Duarte, 2000).



A incorporação dos homens coloca assim desafios para conceituação e formulação do debate sobre direitos reprodutivos. Mais do que uma posição de “colaboração” com as parceiras, meros coadjuvantes que ajudam ou atrapalham, os homens deveriam ser reconhecidos como sujeitos desses direitos (Ariha, 1999b, Marcondes, 1999).

Na literatura latino americana (Fraga & Suarez, 1998; Dominguez, 1998), inclusive a brasileira (Paiva, 1996; Ariha, 1999b), são identificadas algumas inflexões importantes no discurso de uma parcela dos jovens, acenando para o desejo de maior dedicação ao cuidado dos filhos, para maior preocupação e engajamento com a contraceção. Essas mudanças parecem mais proeminentes entre uma parcela dos jovens de estratos sociais médios e altos, de maior idade, que apresentam uma visão mais crítica, expressando valores mais igualitários quanto à relações de gênero e ao uso de contraceptivos.

A opção por entrevistar jovens do sexo masculino na Pesquisa GRAVAD, reconhecendo-os como agentes importantes para a compreensão da temática e dos eventos estudados – sexualidade, gravidez e aborto, se soma então a este esforço de trazer os homens para o debate dos aspectos envolvidos com a reprodução.

### 3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

#### 3.1. A Temática: O Aborto Provocado

Esta tese versa sobre as “IVGs - Interrupções Voluntárias da Gravidez” relatadas por jovens brasileiros entrevistados na Pesquisa GRAVAD. Entretanto, no escopo deste trabalho a referência mais constante será feita ao termo “aborto”, pelo seu uso consagrado, designando a prática do “abortamento”<sup>16</sup>.

A expressão IVG, pouco comum na literatura brasileira, aparece pela primeira vez no texto da legislação francesa que regulamenta a prática do abortamento neste país<sup>17</sup>. Esta definição, ao incorporar a dimensão volitiva da prática, distancia-se do termo médico “aborto” e faz aparecer os sujeitos e suas demandas de não prosseguir com uma gestação. Ela corresponderia ao termo mais corrente “aborto provocado”<sup>18</sup>, ou outros como aborto inseguro, aborto induzido, usados em textos científicos, ainda que os últimos sejam mais freqüentemente recuperados na produção médica sobre o tema. Tais designações farão a distinção do abortamento espontâneo ou aborto espontâneo, geralmente qualificados como tendo ocorrido por causas “naturais”.

---

<sup>16</sup> Abortamento “é a expulsão de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou com menos de 20 semanas de gestação, tendo ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido. O aborto é tão somente o produto da concepção expulso no abortamento (Brasil, 2002:15).

<sup>17</sup> Conhecida como “Lei Veil”, promulgada em caráter probatório em 1975 e confirmada em 1979.

<sup>18</sup> Aquele em que houve utilização de substâncias, objetos ou instrumentos pela própria pessoa ou por outra, com a intenção de interromper a gravidez.

### ***3.2. Adolescência e Juventude: Etapas de Transição para a Idade Adulta***

Com referência à adolescência e juventude, estão postos os dois termos, que, embora tomando como referente a delimitação de faixas etárias, remetem à condição similar em ambos, de uma etapa de transição.

Segundo Motta (1999:202):

*"as idades constituem importante fator de organização social, mesmo no capitalismo, com posições e situações especificamente definidas em todas as sociedades e variados graus de formalização e reconhecimento institucional".*

A constituição das etapas da vida é mais do que o produto de uma simples definição de limites de idade, mas resultante da transformação das relações entre gerações, implicando uma redefinição das relações de poder entre elas (Lenoir, 1998). Conforme sublinha Bourdieu (1983:112) *"a classificação por idade demarca limites e produz uma ordem onde cada um deve se manter no seu lugar"*.

Ariès (1978: 47) indica que assim como no século XVIII presenciou-se a construção social da infância, no século XX o mesmo ocorreu com a adolescência. Para o autor, após a Segunda Guerra uma consciência da juventude emergiu e daí em diante *"a adolescência se expandiria empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente"*. Para nomear esta fase cada vez mais longa, vêm sendo forjados muitos termos: adolescência prolongada, pós-adolescência, com discussão dos limites entre esta e a juventude, esta última ora entendida como seu prolongamento, ora se constituindo uma nova fase do ciclo de vida.

Nos primeiros trabalhos sobre juventude enfatizava-se, de um lado, comportamentos e atitudes de rebeldia, em oposição aos valores da geração mais velha e, do outro, a vida de diletantismo e descompromisso dessa fase em contraposição as responsabilidades requeridas na idade adulta. A massificação e o prolongamento dos estudos propiciava a manifestação desta “cultura” jovem.

Segundo Galland (2001), atualmente mais do que aquela definição dos jovens como irresponsáveis, representantes de um modelo cultural antagônico ao dos pais, a juventude estabelece uma continuidade entre a adolescência e a idade adulta. Ambas, adolescência e juventude devem ser compreendidas, tal como enuncia Bozon et al. (2001:2) como etapas de transição:

*“um processo biográfico de aquisição progressiva dos atributos da idade adulta, no curso do qual o indivíduo jovem se emancipa progressivamente do controle das duas instâncias de socialização, que são a família de origem e a escola, para adquirir uma autonomia material e residencial, através da obtenção de um emprego e da constituição de uma unidade conjugal e/ou familiar própria”.*

Ainda Galland (2001) registra as mudanças importantes das últimas décadas que têm atingido sobretudo os indivíduos nos dois extremos da vida: os jovens, na entrada na vida adulta e os velhos. Tais mudanças referem-se ao agenciamento das etapas e aos limites que as caracterizam, com repercussões sobre a própria definição do que é ser jovem ou ser velho.

Sobre os jovens, esse autor mostra como nas sociedades industrializadas centrais, estas mudanças têm implicado não só um retardo adquirido por cada nova geração para transpor as etapas que levam a fase adulta, constituindo o que tem se nomeado “prolongamento da juventude”, com os jovens permanecendo mais tempo

dependentes dos pais, mas também tem-se verificado uma dessincronização na aquisição daqueles atributos tanto no âmbito profissional como familiar (Galland, 2001).

Na França, Galland (2001) verifica, entretanto, que nem todos os jovens participam deste modelo, com aqueles oriundos das classes populares estando excluídos desta forma de acesso a idade adulta. Determinantes de gênero e classe social se articulam: embora a duração do tempo dedicado aos estudos tenha aumentado e seja cada vez mais tardio o ingresso no mercado formal de trabalho, são os jovens com maior escolaridade, sem diferença entre os sexos, aqueles que mais retardam o momento de constituir um novo núcleo familiar. As jovens de mais baixa escolaridade são aquelas que apresentam uma maior precocidade na transição da família de origem para a família de procriação; já seus homólogos do sexo masculino permaneceriam com os pais até obterem um emprego, de modo a lhes garantir uma autonomia financeira para se estabelecerem de forma independente.

Em se tratando da realidade brasileira, possivelmente as grandes diferenças entre as classes sociais e a manutenção de relações mais tradicionais de gênero forjariam perfis e trajetórias juvenis ainda mais heterogêneos quando comparados com aqueles identificados nos países desenvolvidos.

### 3.3. A Gravidez na Juventude

O estudo da temática da gravidez e do aborto remete para a compreensão dos determinantes sociais e culturais da sexualidade e da reprodução humana. Estas esferas da vida não são compreendidas como dados da natureza, dimensões autônomas, exclusivamente biológicas, mas socialmente construídas com seus limites histórica e culturalmente redefinidos, variáveis e flexíveis ao longo do tempo (Bozon, 2002).

Para Le Van (1997:140):

*“a constituição da família, as condutas sexuais e a reprodução sempre estiveram submetidas a normas, estas normas estando eminentemente subordinadas à concepção de mulher e de criança, em uma dada sociedade, a um momento histórico específico”.*

A aproximação com o tema da gravidez na adolescência e juventude a ser adotada neste trabalho assume um distanciamento crítico com os estudos, hegemônicos na área da saúde coletiva, que a situam por si só como um problema de saúde pública, passível portanto de intervenções para sua redução e controle.

Essa perspectiva de compreensão da gravidez juvenil desconhece que essas normas e sistemas de valores sobre a reprodução variam segundo o meio social. Cabe demandar, se *é este o modelo seqüencial: estudar, trabalhar, obter autonomia financeira, casar e ter filhos é a única seqüencia desejável* (e acrescentaria factível, quando desejada) *para todos* (Rosenberg, 1998:93).

A posição assumida converge para aquela de autoras/es que esboçam uma crítica aos modelos teóricos que inspiram tais perspectivas (Le Van, 1998; Heilborn, 1998; Bozon et al., 2001, Bajos et al., 2002). Ao relativizar a magnitude do problema à luz dos

próprios dados estatísticos<sup>19</sup>, buscam compreender a emergência, nas últimas décadas, da gravidez na adolescência como um problema social. Em um esforço analítico para sua desconstrução como tal, através da recusa à questões preestabelecidas sobre a gravidez nessa idade, pretendem construí-la como objeto sociológico, de modo a fundamentar uma maior capacidade de explicação do fenômeno.

Lenoir (1998:73), embora tomando como objeto de estudo a velhice, discute como no desvendamento da emergência de um problema social, é essencial a “*análise do processo pelo qual se constrói e se institucionaliza o que, em determinado momento do tempo, é constituído como tal*”. Propõe então analisar os argumentos utilizados por diferentes atores que o representam dessa forma e as estratégias que utilizam, assim como identificar as instâncias da sociedade acionadas para seu reconhecimento e legitimidade, colocando-o no centro das preocupações e debates públicos, objeto de intervenções de políticas.

Sobre a gravidez na adolescência, Heilborn et al. (2002), num primeiro momento, tentam compreendê-la no contexto da transição demográfica brasileira, em que a partir da década de 60, a queda da taxa de fecundidade observada, em todas as regiões do país, fez realçar a situação das adolescentes que, ao contrário dos demais grupos etários, não apresentaram esta tendência de declínio desta taxa.

Num segundo momento, buscam situar o fenômeno no “*cenário de mudanças operadas na concepção social das idades e do gênero que redefinem as expectativas sociais depositadas nos jovens*” (Heilborn et al., 2002: 18).

Em seguida, mostram os distintos discursos elaborados por médicos, psicólogos e mais recentemente, os hebeatas – especialistas em adolescentes – que a situam como problema a ser evitado, com graves prejuízos físicos e psíquicos para as jovens e seus bebês. E como a esses argumentos, se agregam outros que acentuam conseqüências

---

<sup>19</sup> Em muitos países inclusive o Brasil, os dados sobre gravidez na adolescência não justificam as

sociais da gravidez precoce, como a reprodução da pobreza das jovens mães, o abandono escolar e uma inserção precária no mercado de trabalho.

A crítica desses autores se estende ao próprio conceito de adolescência e seu caráter homogeneizador ao manter invisível diferenças entre os sujeitos de distintas culturas; advogam que ao interior de uma mesma sociedade, esses jovens compartilham experiências bastante diferenciadas, segundo gênero, raça, classe social, etc.

Para Le Van (1998:9), “a gravidez na adolescência não é uma realidade unívoca, mas comporta uma pluralidade de situações; não tem características próprias, apenas a referência ao lugar que a adolescência ocupa na nossa sociedade”. Segundo essa autora, a compreensão da gravidez na adolescência deve levar em conta o contexto sociocultural dos jovens – sua situação familiar, conjugal e social, além de elementos factuais. A gravidez portanto tem um sentido tanto na história pessoal como na relação com o parceiro. Seu trabalho de campo com adolescentes francesas evidencia que, muitas gravidezes foram, de fato, desejadas<sup>20</sup>. E sobre este desejo, ainda que possa, em certos casos, ser da ordem do inconsciente, deve ser reivindicada sua dimensão coletiva. Ou seja, sua referência ao contexto social e cultural em que vivem essas jovens e também aos eventos das suas histórias pessoais e relacionais (Le Van, 1997).

Além disso, cabe lembrar que uma constante no trato da questão da gravidez na adolescência tem sido sua centralidade na experiência das moças, com ausência dos parceiros envolvidos; estes quase nunca integram o universo empírico das pesquisas sobre o tema, estando presentes através dos relatos das jovens sobre eles (Brandão et al. 2001).

Por fim, convém ainda apontar a invisibilidade das gravidezes que terminam em aborto. Se como afirma Bachelot (2002:83), as gravidezes “são sempre portadoras de

---

expressões alarmistas que a caracterizam como uma “epidemia”.

<sup>20</sup> Também no Brasil, já se identificam trabalhos com semelhantes achados (Dadoorian, 2000; Santos & Schor, 2003, Brandão, 2003).



*um sentido*" presume-se então que haverá também uma pluralidade de situações que levarão à decisão da sua interrupção.

### ***3.4. Contracepção na Juventude: Entre a Norma e as Práticas Contraceptivas***

Nos trabalhos sobre o tema do aborto, percebe-se uma centralidade da discussão em torno da relação dos jovens com a contracepção, enfatizando-se sua pouca informação sobre os métodos, ou mais ainda, sua não utilização de forma regular, expondo-os ao risco de uma gravidez. Aqui culpabiliza-se sobretudo as mulheres por um comportamento considerado irracional.

Algumas considerações sobre a relação dos jovens com a contracepção merecem ser postas, no sentido de desvelar os determinantes mais mediatos que atuam e modelam as práticas contraceptivas. Estas práticas se situam em meio a distintas lógicas, devendo-se levar em consideração as relações de gênero aí implicadas e a necessidade de prescrição de profissionais médicos para obtenção dos métodos (Bajos & Ferrand, 2002).

No contexto das relações entre homens e mulheres, as situações de subordinação destas últimas se refletem no pouco diálogo com seus companheiros, nas reticências ou mesmo na recusa destes em usar algum tipo de método. Embora a contracepção continue como um domínio feminino, a própria escolha pode se fazer em função de preferências dos homens; ainda é possível que mesmo sem consultá-los, as mulheres antecipem as reações destes, ao interiorizarem sua responsabilidade em evitar a gravidez, ou em situações em que não tenham confiança na atitude do parceiro (Bajos et al., 2002).

Por outro lado, a não proteção às vezes tem um sentido na relação do casal, com a atitude de “correr risco” sendo uma forma de provar seu engajamento afetivo com o outro (Le Van, 1998).

Não se pode menosprezar as relações da prática contraceptiva dos sujeitos com seus modelos familiares, tanto da família de origem como daquela que se projeta formar, com os métodos tendo uma maior ou menor legitimidade, segundo diferentes grupos sociais (Bajos et al., 2002).

Durand et al. (2002) discutem o papel dos profissionais médicos, ao deterem o poder da prescrição dos contraceptivos. Por vezes, estas prescrições colocam as mulheres em situações difíceis de gerir, já que o tipo de método e sua utilização são sensíveis a modificações relacionais e situações da vida; longe de regular, esta prática contraceptiva está sujeita a descontinuidades e mudanças.

Essa discussão ganha outros contornos ao se referir aos jovens. Como ainda assinalam os autores acima, mesmo com a diversidade social dos comportamentos nas primeiras experiências sexuais, as práticas nesta etapa da vida compartilham algumas características, com relações sexuais breves, esparsas e freqüentemente imprevistas. Entretanto, a prescrição para os jovens desconhece as singularidades dessas relações engajadas com espontaneidade e urgência — na França, é sobretudo recomendável a utilização do preservativo e posteriormente a pílula para jovens, enquanto que no Brasil, os hormonais injetáveis, pela sua alta efetividade, em moças usuárias de serviços públicos de planejamento familiar, consideradas como detentoras de um comportamento instável e irresponsável.

Também se chama a atenção acerca da percepção corrente entre os jovens de que o mundo reprodutivo pertence aos adultos, com esse “sentimento de infertilidade” se constituindo em um obstáculo para a utilização de contraceptivos (Durand et al., 2002).

Outro aspecto mencionado refere-se ao fato de que, para os jovens, particularmente do sexo feminino, a ausência de reconhecimento da sexualidade, vivida como ilegítima, dificulta e as vezes obstaculiza o engajamento em uma prática contraceptiva.

Um efeito de geração ainda é sublinhado. Bajos et al. (2002) observam, na França, que se para as mulheres mais velhas a contracepção representou uma libertação para o exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, para as gerações mais jovens que nasceram com tais recursos disponíveis, a propensão em acatar as “regras” do uso e mesmo em suportar os efeitos colaterais de alguns destes métodos, parece ser bem menor.

Por fim, em tempos de AIDS, duas lógicas devem se articular: a necessidade de evitar uma gravidez e a proteção contra a infecção pelo HIV. Alguns trabalhos já sinalizaram que esta primeira é secundarizada, quando se está diante de um/a parceiro no/a qual que se confia (Paiva, 1996; Rieth, 2002) ou quando relação se estabiliza; isto sem mencionar os casos de resistência ou recusa dos rapazes em utilizar o preservativo.

Alguns aspectos da realidade brasileira merecem ser mencionados. Autores têm chamado a atenção acerca da experiência das gerações mais jovens, comportando em suas trajetórias amorosas diferentes modalidades de encontros, com distintos significados da relação do namoro e do “ficar”, para citar as duas formas mais correntes nesta etapa da vida. Segundo Rieth (1998a, 1998b, 2002), estes são códigos “paradoxalmente complementares<sup>21</sup>” comportando ambivalências e ambigüidades, ainda que possuam conotações distintas no que diz respeito aos critérios de escolha da parceria, ao grau de compromisso e à intensidade do vínculo.

---

<sup>21</sup> Grosso modo, “ficar” envolve relações eventuais, motivadas por uma atração física, diferentemente de namorar que pressupõe sentimentos amorosos, implicando um compromisso e, subjacente a este, um contrato de fidelidade.

Assim, se é absolutamente previsto para o casal ter relações sexuais no contexto de um namoro, não se passa da mesma forma para o ficar, com variações importantes segundo a idade e o sexo dos envolvidos. Portanto, também supõe-se que a preocupação, o investimento e o significado do uso de métodos contraceptivos seja bastante distinto nesses contextos.

Mesmo com a possibilidade aberta para as mulheres de “ficar”, implicando poderem alargar suas experiências sexuais com o outro, a assimetria de gênero permanece. Para as moças, a relação sexual continua circunscrita a um envolvimento amoroso.

Ainda, no contexto da cultura sexual brasileira, Cabral (2003) lembra um aspecto relevante acerca da existência de “uma dupla moral” que reitera essa assimetria de gênero: a legitimação da infidelidade masculina (muito às custas da representação dos homens como tendo impulsos sexuais irrefreáveis) se contrapondo ao preceito da fidelidade feminina. Segundo este preceito, permaneceria vigente a separação entre as “moças direitas, para namorar e casar” e as “mulheres fáceis”; estas últimas reconhecidas como parceiras com as quais devem fazer uso do preservativo.

Também entre jovens, têm sido identificada uma percepção do método contraceptivo como um artifício técnico, que contraria suas representações sobre sexualidade, domínio onde é valorado a espontaneidade nas relações; o contraceptivo representaria assim um elemento que introduz racionalidade a algo que deve ser natural. Este aspecto limitaria o planejamento e a utilização da contracepção, tornando mais complexa e delicada a prática da contracepção nessa etapa da vida (Bozon et al., 2001).

Assim, é complexa a relação dos jovens com a contracepção. No entanto, a falta de informação ou o uso incorreto são aspectos que ganham maior relevância em grande parte das pesquisas no Brasil.

Investigações de profissionais médicos e da saúde pública apresentam resultados convergentes, através de entrevistas com adolescentes grávidas em maternidades públicas, ao identificar que a maior parcela destas conhece os métodos contraceptivos, sobretudo a pílula e o preservativo. Entretanto assinalam que o conhecimento dessas jovens sobre aspectos fundamentais da concepção e contracepção mostrava-se frágil, inconsistente e pouco coerente, explicando em parte o uso pouco efetivo dos contraceptivos (Alegria et al., 1989; Gozzano et al., 1990; Bettioli et al., 1992; Motta & Silva, 1994; Faloppa et al., 1994; Schor et al., 1998; Almeida et al., 2003).

Outros estudos, entretanto, apontam para o fato de que mesmo dispondo de conhecimento sobre contracepção, independente da qualidade desta informação, os problemas de acesso aos contraceptivos se colocam como barreiras importantes para uma grande parcela dos jovens que utiliza os serviços públicos de saúde, envolvendo desde um elenco restrito dos métodos disponíveis, uma descontinuidade no suprimento destes até a insuficiência de locais organizados para atendê-los em suas demandas (Scavone et al., 1994).

Desse modo, no Brasil, a discussão sobre a existência de uma norma contraceptiva deve ser relativizada. De um lado, embora a contracepção seja uma das ações previstas nas políticas de saúde, desde a década de 80, como no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM e no PROSAD – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, a implementação heterogênea desses programas no país não assegura a efetividade desta ação. Mais recentemente, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e, em 2005, o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos", contendo as diretrizes no que tange as ações de Planejamento Familiar reconhecidas como direito do(a) cidadão(ã) e dever do Estado. Entre as ações prioritárias, está citada a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis.

Por outro lado, quanto à educação sexual nas escolas, conforme assinalam Arilha & Calasans (1998), a despeito da inserção de conteúdos específicos nos Parâmetros Curriculares Nacionais, aprovados desde 1996, permanece um desafio sua aplicabilidade, dada a necessidade de investimentos na formação de professores.

Dados da PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 (BEMFAM, 1997) ilustram esses aspectos: 33% dos jovens não usaram qualquer método contraceptivo na primeira relação sexual, percentual alto quando comparado com aquele verificado em pesquisas realizadas na França<sup>22</sup> ou em países nórdicos<sup>23</sup>. Além disso, permanecem ainda desigualdades regionais importantes, com uma necessidade insatisfeita de contracepção sobretudo para as jovens com baixo nível de instrução, da região do nordeste do Brasil.

Comparando os dados das pesquisas DHS/BEMFAM de 1986 e 1996, Camarano (1998 a e b) evidencia o aumento da utilização de contraceptivos entre mulheres, também verificado entre aquelas de 15 a 19 anos, com maior diversificação dos métodos (sobretudo do condom e da vasectomia). Os dados da PNDS de 1996 mostram que a pílula, seguida do preservativo masculino foram os métodos mais utilizados, entre moças de 15 a 24 anos entrevistadas. Os injetáveis aparecem em terceiro lugar e a ligadura de trompas já ocupa a quarta posição entre aquelas de 20 a 24 anos. Entre os homens, sem informação por faixa etária, os métodos mais citados foram a esterilização da parceira e o preservativo masculino.

Entretanto, esta adesão importante a métodos medicalizados como a pílula, por exemplo, é feita sem prescrição médica, com a maioria das mulheres adquirindo-as em farmácias, sem acompanhamento adequado; nessas condições não são respeitadas suas

---

<sup>22</sup> Entre jovens de 15 e 18 anos, apenas 12,2% das moças e 8,4% dos rapazes tiveram suas primeiras relações sexuais sem contracepção (Bajos & Ferrand, 2002).

<sup>23</sup> Bender et al. (2003), citando dados de pesquisas realizadas nesses países, mostram que em 1989, 89% dos adolescentes dinamarqueses fizeram uso de contracepção na iniciação sexual; em 1992, encontrou-se um percentual de 73% de rapazes e 80% de moças na Finlândia que referiram tal uso na iniciação sexual.

contra-indicações, aumentando o risco de efeitos secundários, fatores apontados como responsáveis pela descontinuidade do seu uso (Scavone et al.,1994; Leite, 2003). Sobre os injetáveis, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, de 1996 (BEMFAM, 1997), suas usuárias constituem a maior parcela de 43% das mulheres que interrompem os métodos contraceptivos nos 12 primeiros meses de utilização, às custas de efeitos colaterais.

Trata-se portanto de um cenário restritivo para a maioria das mulheres, pois, diante de uma relação sexual desprotegida, face a pouca possibilidade de usar a contracepção de emergência (a despeito de ser objeto de norma ministerial, é pequena a difusão desta informação nos serviços de saúde, sendo alvo de grande objeção por parte das instâncias oficiais da Igreja Católica), só lhes resta o recurso ao aborto.

Se informações provenientes de pesquisas mostram que os jovens já internalizaram a necessidade de contracepção, com muitos desejando postergar a idade de ter filhos (Camarano, 1998a), ainda permanece para a maioria obstáculos para seu uso.

A análise de Ayres et al. (1998) acerca da vulnerabilidade dos jovens para o HIV/AIDS é também válida para discussão sobre contraceptivos. Segundo esses autores, três aspectos podem ser observados: a falta efetiva de comunicação sobre o tema (mesmo na presença de informação), a existência de barreiras não só materiais mas culturais ao uso de meios de proteção e uma margem cada vez menor entre satisfação de necessidades e risco, sobretudo para os mais pobres. Desse modo,

*“...vai se tornando uma utopia o uso do discernimento e de juízo para encontrar as melhores alternativas para a satisfação de necessidades [...]. Correr risco é a alternativa que sobra a quem está vulnerável” (Ayres et al., 1998: 98).*

Dessa forma, o grau de informação sobre métodos contraceptivos, o acesso e sua utilização de forma regular e eficiente, que em última instância possibilitam evitar uma gravidez, estão assim condicionados por esta multiplicidade de determinantes. Esta racionalidade que se espera dos jovens pressupõe uma capacidade de controle sob suas vidas que desconhece as condições concretas em que vivem, referentes aos recursos que dispõem. Portanto, se alguns podem usufruir da contracepção como “uma técnica a serviço de um projeto”, para outros, isto é difícil ou mesmo impossível (Bajos et al., 2002). E a confrontação com uma gravidez não prevista torna-se presente na trajetória afetivo-sexual desses jovens.

Em se tratando do aborto e, sobretudo na juventude, a pesquisa GRAVAD adota uma perspectiva que, como sugere Bajos et al. (2002) compreende o comportamento de risco menos como um atributo individual e mais como resultante das relações sociais que os jovens estabelecem com parceiros, pares, famílias, em contextos sociais mais ou menos restritivos ao exercício da sua sexualidade.



## 4. A PESQUISA GRAVAD

### 4.1. Os Pressupostos da Investigação

A pesquisa elegeu como objeto a juventude, “*entendida enquanto um processo social no qual se apresenta um campo de possibilidades demarcadas pelo sexo, classe social, raça, escolaridade e formas de organização familiar, que são determinantes para a trajetória biográfica*” (Projeto GRAVAD, 1998:28).

As relações de gênero definem uma série de representações sobre masculinidade e feminilidade e uma pauta de comportamentos masculinos e femininos com respeito às decisões relativas ao exercício da sexualidade e reprodução. Estas relações estariam portanto a modelar as interações entre os parceiros, com processos que implicam ou não a utilização de métodos contraceptivos, a legitimação ou recusa de uma gravidez.

Ainda devem ser considerados elementos singulares da situação brasileira que evidenciam a grave questão da desigualdade e da exclusão social de uma parcela importante da população, cujos efeitos atingem particularmente adolescentes e jovens, indagando-se em que medidas as suas condições materiais de existência favorecem ou não a ocorrência de uma gravidez e influenciam a decisão acerca do seu desfecho.

Partiu-se da premissa de que “*a compreensão sobre a gravidez na adolescência supera as razões freqüentemente apontadas para o fenômeno, fazendo-se necessário considerar as trajetórias sexuais, afetivas e reprodutivas destes jovens e compreender o significado da gravidez e seu impacto*” (Projeto GRAVAD, 1998: 26). Desse modo, mais do que descrever o perfil dos jovens como se suas características fossem estáveis, sobretudo nesta fase de transição em que se encontram, considerou-se importante caracterizar as trajetórias desse grupo, indicando a idade em que se produziram os

eventos significativos relacionados com a separação da família de origem, término da escolaridade, o primeiro emprego, a iniciação sexual, as relações amorosas e a gravidez, analisando-os de forma articulada.

Daí decorreu a opção pela combinação das estratégias qualitativa e quantitativa de produção dos dados, pelo deslocamento etário da população de estudo (adolescentes grávidas, tradicionalmente grupo alvo, eleito nos estudos) avançando um pouco no tempo, e escolhendo jovens um pouco mais velhos. Desse modo, se tem a oportunidade de observar as conseqüências destes eventos, num período de tempo posterior, permitindo uma dada avaliação, ainda com a memória preservada.

Esta opção portanto implicou considerar a população geral de jovens, incluindo não só aqueles do sexo masculino, tradicionalmente excluídos dos estudos sobre o tema, mas também os/as que não relatam uma experiência de gravidez, permitindo o delineamento de um grupo de comparação.

As três cidades escolhidas estão situadas em regiões bastante distintas do país, permitindo identificar similaridades e diferenças entre elas.

#### ***4.2. As Estratégias de Produção dos Dados***

Inicialmente foi realizado um estudo antropológico, através de entrevistas semi-estruturadas, com jovens de ambos os sexos, de 18 a 24 anos, residentes em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Os 123 entrevistados pertenciam a dois distintos estratos sociais (classes populares e camada média alta), sendo que uma parte destas/es haviam vivenciado na adolescência uma experiência de gravidez (própria ou da parceira).

A leitura dessas entrevistas foi utilizada para balizar a elaboração do questionário do inquérito domiciliar. Análises posteriores desse material têm resultado

em dissertações, teses e outros produtos acadêmicos já divulgados (Heilborn et al., 2002; Aquino et al., 2003; Leal, 2003; Peres, 2003; Dias, 2004).

Posteriormente, foi realizado, de outubro de 2001 a fevereiro de 2002, um inquérito domiciliar. Através de critérios probabilísticos, em três estágios, foi selecionada uma amostra de jovens para entrevista face a face, através de questionário padronizado (Quadro II).

Foram considerados elegíveis os jovens, de ambos os sexos, com idade de 18 a 24 anos completos, na data tomada como referência (31/07/2001)<sup>24</sup>, residentes no domicílio selecionado, das cidades participantes do estudo. Foram excluídos jovens portadores de alguma incapacidade grave que inviabilizasse sua participação na pesquisa e, indivíduos que, embora pertencentes a faixa etária de interesse, exerciam, nas unidades residenciais sorteadas, trabalhos domésticos, de administração ou de manutenção.

O instrumento aplicado nas entrevistas consistiu de um questionário estruturado, com perguntas fechadas, contemplando indicadores comuns, com versões masculina e feminina, incorporando adaptações de linguagens específicas a cada sexo. Continha questões com alternativas de resposta espontânea e estimulada, única e múltipla, sinalizadas no texto para aplicação uniformizada.

O questionário foi composto de oito módulos relativos à informações sócio-demográficas, trajetórias de estudo e trabalho, iniciação sexual e trajetória afetivo-sexual, atitudes e valores sobre sexualidade, gravidez e desdobramentos e, um último, para uso do entrevistador, registrando as condições de realização da entrevista.

O tema do aborto foi enfocado em diferentes momentos da entrevista. No quarto módulo, ao final da caracterização de cada um dos eventos investigados da trajetória

---

<sup>24</sup> Em caso de mais de um jovem elegível, foi entrevistado aquele cuja dia e mês de nascimento fosse o primeiro do ano em curso (2001); no caso de jovens com a mesma data de aniversário, foi eleito o entrevistado, pela ordem alfabética crescente dos nomes.

afetivo-sexual<sup>25</sup>, repetia-se uma pergunta sobre a ocorrência de gravidez e seu resultado (nascimento de filho, aborto espontâneo e aborto provocado). Posteriormente, no módulo F - “Gravidez e desdobramentos”, a alternativa do aborto como desfecho de uma gravidez era investigada em meio a diversas questões sobre o primeiro e o último episódio reprodutivo. E, finalizando esse bloco, eram feitas perguntas sobre o primeiro aborto provocado, já no término do questionário, em um momento em que supostamente já havia um maior grau de interação entre entrevistador/entrevistado.

A descrição dos procedimentos metodológicos e operacionais da pesquisa encontra-se detalhada em publicação específica (Aquino et al., 2006a).

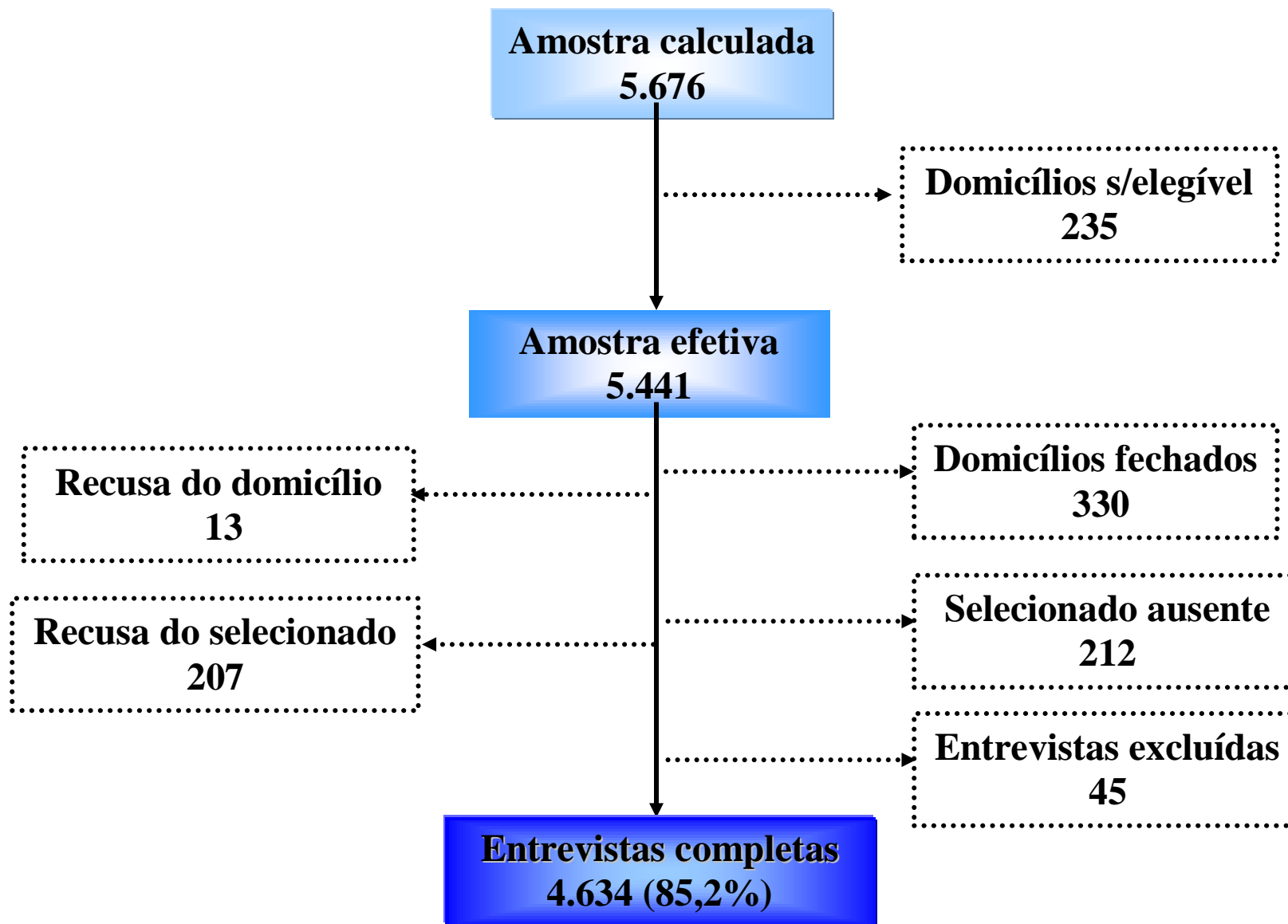
#### ***4.3. A População Entrevistada no Inquérito***

Foram entrevistados 4634 jovens nas três cidades, sendo 2187 (47,2%) homens e 2487 (52,8%) mulheres. Em média, 48,5% dos entrevistados declararam-se pretos ou pardos, ainda que este percentual se eleve para 70,1% entre residentes em Salvador; 49,1% dos rapazes e 32,1% das moças informaram não ter religião, embora 90% tenham sido criados em alguma, sobretudo no catolicismo (69,6%); 43,2% dos homens e 44,1% das mulheres freqüentavam a escola, entretanto, eles foram mais numerosos (60,9%) que elas (45,9%) ao referir um trabalho ou estágio. À época da entrevista, 81,6% mulheres e 93% dos homens admitiram já ter tido relações sexuais, com 35,5% delas tendo declarado alguma gravidez na vida, e 29,3% deles relatando já ter engravidado uma parceira (Aquino et al., 2006b).

---

<sup>25</sup> o primeiro relacionamento de mais de três meses, a primeira união conjugal, a relação no momento da entrevista.

## Quadro I - Amostra GRAVAD



## **5. QUESTÕES DE PESQUISA**

- Quais diferentes perfis dos jovens estão associados à experiência de gravidez e seus distintos resultados?
- Quais os elementos associados à decisão pelo aborto frente à primeira gravidez?
- Quais os fatores associados ao aborto como desfecho da primeira gravidez?

## **6. OBJETIVOS**

- Caracterizar o perfil dos jovens mulheres e homens (relativamente às suas parceiras) quanto à experiência de gravidez e aborto;
- Analisar a atitude inicial das jovens frente à primeira gravidez e sua associação com características sociofamiliares, do tipo e natureza da relação com o parceiro, das reações deste e das famílias envolvidas;
- Identificar os fatores associados ao aborto provocado como desfecho da primeira gravidez de jovens moças e rapazes, relativamente as suas parceiras.

## **RESULTADOS**

**Artigo I**  
*Gravidez e aborto entre jovens de três  
cidades brasileiras*



## **INTRODUÇÃO**

Na última década, tem sido crescente o interesse pelo tema da gravidez na adolescência, motivado pela identificação no processo de transição demográfica brasileira do aumento relativo da fecundidade das jovens de 15 a 19 anos, contrariando a tendência apresentada pelas mulheres mais velhas de redução persistente dessa taxa em todo o país (Camarano, 1998).

O entendimento da gravidez na adolescência como expressão de um acidente ou resultante de características inerentes a essa fase da vida é subjacente à uma grande parcela das investigações sobre o tema. Dentre os fatores constantemente apontados, destacam-se a banalização das relações sexuais entre os jovens, a necessidade de correr riscos, o conhecimento insuficiente para acionar mecanismos de prevenção e o uso irregular de métodos contraceptivos (Le Van, 1997, Stern & Garcia, 2001).

Neste debate, há certa indistinção entre gravidez e maternidade. As gravidezes terminadas em aborto quase nunca integram essa discussão. Ao ser mencionado, o recurso ao aborto pelas jovens vem reforçar ainda mais a argumentação de que em ambos os casos, a gestação é considerada um evento sempre "não desejado".

Na literatura específica sobre aborto, ao contrário, sua maior importância entre jovens é sempre realçada. Compilações de estatísticas internacionais disponíveis em diferentes regiões, à exceção de alguns países asiáticos, atestam que a maior ocorrência de aborto se verifica entre moças de 20 a 24 anos, entretanto, uma vez grávidas, foram entre jovens menores de 20 anos que se constatou a maior probabilidade de que a gravidez termine em aborto (AGI, 1999; Bankole et al., 2001).

No Brasil, o perfil das mulheres que recorrem ao aborto — jovens, solteiras, de baixa escolaridade e sem filhos — é observado em estudos realizados em unidades da rede pública de saúde entre usuárias internadas em processo de abortamento (Fonseca et al., 1996; Costa, 1999). Do mesmo modo, nas pesquisas populacionais identificadas, este perfil é confirmado, em grande medida, refletindo a maior fecundidade destas mulheres (Silva, 1997; Olinto, 1998).

De toda forma, independente do desfecho, a gravidez em etapas precoces da vida é, *a priori*, responsabilizada pela restrição de oportunidades na vida das jovens, antecipando responsabilidades do mundo adulto ou expondo-as ao risco de práticas inseguras de abortamento, sobretudo em países onde ainda existem restrições legais à sua prática.

Este enfoque vem sendo criticado por alguns autores, por ser considerado limitado para a compreensão dos determinantes de um evento mais complexo (Bozon et al., 2001). Pressupõe "*uma suposta especificidade da adolescência, classe de idade presumida como unívoca nas suas práticas sociais e disposições psicológicas*" (Le Van, 1997: 147).

Em uma perspectiva analítica alternativa, a gravidez na adolescência é contextualizada no cenário de mudanças que as sociedades ocidentais modernas conheceram nas últimas décadas com a massificação da escolarização, sobretudo para as mulheres, sua entrada no mercado de trabalho, a disseminação dos valores do feminismo, o recurso à contracepção, com a difusão de novas normas sociais relativas à reprodução. Essas normas difundem não só como ideal um número reduzido de filhos, mas incorporam uma dimensão temporal, definindo o momento propício para tê-los (Ferrand, 1994). Além disso, a despeito da emergência de novos arranjos familiares, a

chegada de um filho ainda pressupõe a existência de um casal heterossexual, estável e constituído (Bajos, et al., 2002; Donati et al., 2002).

Nesse sentido, entre jovens, a gravidez parece um despropósito, contrariando as expectativas sociais vigentes de que, nesse período da vida, deveriam direcionar seu investimento pessoal para uma maior qualificação escolar e preparação para a futura vida profissional (Heilborn, 1998). Para as moças, em particular, engravidar traduziria uma atitude de irresponsabilidade, expressando sua negligência com a contracepção, já que em última instância são consideradas responsáveis pela sua gestão. Ainda, esta opção desqualificaria o legado e as conquistas feministas que contribuíram para a percepção da maternidade como uma escolha complementar a outros projetos de realização pessoal.

A importância de problematizar a gravidez no processo de transição dos jovens para a idade adulta destaca a necessidade de situá-la entre os marcos comumente utilizados por alguns autores para definição de um status adulto: concluir a escolaridade, dispor de renda própria advinda de sua atividade profissional, ter e poder arcar com os custos de um domicílio independente, constituir seu próprio núcleo familiar. A velocidade desta apropriação tem ritmos variáveis para os jovens e, em *"cada país, em função de suas tradições culturais e seus dispositivos institucionais, [se] adota formas bem específicas de organizar a passagem da adolescência à idade adulta"*, sendo importante o papel de instâncias como a família ou o Estado, favorecendo ou retardando este processo (Galland, 2001: 628).

Dessa forma, esta transição não ocorre de modo linear, mas com modulações *"em função de classe social e gênero, descortinando percursos e perfis juvenis bastante heterogêneos"* (Heilborn et al., 2002: 15). No Brasil, o quadro desta transição assume maior complexidade face as grandes desigualdades econômicas, sociais e culturais.

No que tange à educação, a despeito do aumento contínuo da escolarização, persistem problemas relativos não só ao acesso, mas sobretudo à permanência dos jovens na escola, com interrupções e taxas de abandono importantes, resultando em baixo desempenho escolar. Fatores relacionados à necessidade de trabalhar e mecanismos internos do sistema escolar conjugam-se na conformação deste quadro (Mello et al., 2004).

Quanto ao trabalho, os efeitos da crise econômica atingem os jovens de modo particular, restringindo suas oportunidades em termos de empregos. O segmento da população de 15 a 24 anos responde por uma parcela importante dos desempregados e daqueles inseridos no mercado informal de trabalho (Pimenta et al., 2001).

Estudo comparativo entre Brasil e outros países da América Latina aponta a escolaridade dos pais como um dos fatores mais fortemente associados à escolha dos jovens entre estudar e trabalhar, exercer nenhuma delas ou ambas. Assim, aqueles cujos pais são mais instruídos têm maiores chances de se dedicarem exclusivamente aos estudos e menor probabilidade de utilizarem parte do tempo para trabalhar ou, não estudar nem trabalhar. Outros fatores relativos à composição familiar também são relevantes, a exemplo da presença de crianças e idosos na família, entretanto, apresentam diferenças segundo gênero; destaca-se que para as meninas oriundas de famílias de renda mais baixa, ter idosos e crianças no domicílio diminuem suas chances de se dedicarem exclusivamente à escola (Corseuil et al., 2001).

Portanto, em função dos recursos que dispõem, materiais e culturais, e do suporte que os jovens podem receber, pode haver aceleração ou freio ao acesso a um ou mais atributos que lhes permite chegar à idade adulta, com independência material e autonomia em termos de poderem concretizar suas escolhas pessoais (Brandão, 2003).

Grosso modo, para jovens de baixa renda, a imposição precoce de tarefas e responsabilidades, domésticas ou relativas à inserção precoce no mundo do trabalho, faz com que frequentemente esta transição ocorra mais cedo e em condições mais precárias. Diferentemente daqueles de oriundos de segmentos sociais mais privilegiados que podem chegar à idade adulta sem maiores percalços, prolongando a permanência na escola e na casa dos pais.

Em termos gerais, comparativamente a outros países europeus (Galland, 2001), a saída dos jovens brasileiros da casa dos pais se processa de uma forma mais lenta, particularmente entre os homens. Em 2002, quase 70% deles ainda vivia com suas famílias na condição de filhos ou 11% de outros parentes. As mulheres deixam suas famílias de origem mais cedo, associando-se a isto sua união com parceiros mais velhos (Mello et al., 2004). A maior escolaridade das jovens posterga não só a idade da iniciação sexual mas também a união e a gravidez. Na eventualidade da sua ocorrência, a interrupção desta é mais frequentemente realizada (Hardy et al., 1993; Pirotta & Schor, 2002 e 2004; Menezes et al., 2006).

O trabalho ora apresentado insere-se em uma investigação mais ampla sobre juventude, sexualidade e reprodução — Pesquisa GRAVAD<sup>26</sup>, realizada com jovens de ambos os sexos de Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, com um nível de desenvolvimento econômico distinto e padrões culturais existentes no Brasil.

O presente estudo tem como objetivo, a partir do panorama da experiência de gravidez e aborto provocado relatada pelas moças entrevistadas e pelos rapazes,

---

<sup>26</sup> A investigação “Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil” (Pesquisa GRAVAD) foi elaborada por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, Paris), Estela Aquino (MUSA/UFBA), Daniela Knauth (NUPACS/UFRGS). O estudo foi realizado por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS. Os principais resultados do inquérito encontram-se publicados no livro “*O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*” (Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006), onde podem ser obtidas informações sobre a composição detalhada da equipe de pesquisadores.

relativamente às suas parceiras, caracterizar perfis de jovens homens e mulheres quanto a estas experiências.

## ***METODOLOGIA***

Esta investigação analisa os dados do inquérito domiciliar da Pesquisa GRAVAD, realizado de outubro de 2001 a janeiro de 2002, envolvendo 4634 mulheres e homens de 18 a 24 anos residentes em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre.

O tamanho amostral foi calculado em 4500 moças e rapazes, 1500 em cada cidade, já incorporando neste cálculo possíveis perdas de 20%. Para essa definição, levou-se em consideração estimativas existentes da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (BENFAM, 1997) de que 25,3% e 28,8% das jovens entrevistadas aos 18 e aos 19 anos, respectivamente, já haviam tido ao menos um episódio de gravidez.

A amostra foi selecionada por meio de procedimentos probabilísticos, em três estágios. Inicialmente, em cada cidade, os setores censitários foram estratificados segundo a escolaridade e a renda média do chefe do domicílio. No primeiro estágio, em cada estrato, procedeu-se de forma aleatória, a escolha dos setores, de modo proporcional ao número de jovens entre 18 a 24 anos existentes em cada um deles. No segundo, foi realizado um levantamento de todos os domicílios particulares permanentes nos setores selecionados para identificação entre os seus moradores, daqueles na faixa de interesse da pesquisa, tendo se realizado o sorteio dos 33 unidades para compor a amostra. No terceiro estágio, em cada domicílio sorteado, foi selecionado um jovem entre os elegíveis. Em caso de mais de um, adotou-se como critério, se escolher, aquela/e cujo dia e mês de aniversário fosse o primeiro do ano civil,

independente do ano de nascimento. Ao selecionar apenas um jovem em cada domicílio, buscou-se evitar um efeito de conglomeração e favorecer uma maior dispersão geográfica da amostra, melhorando a precisão da estimativa dos parâmetros de interesse.

Os dados foram produzidos através de entrevista face-a face, utilizando-se um questionário com perguntas fechadas, em versões feminina e masculina, com adaptações de linguagem específicas a cada sexo. Com seis blocos, abrangia questões relativas ao perfil sociodemográfico dos jovens, ao modo de entrada na sexualidade, a características das suas trajetórias afetivo-sexuais e de estudo e trabalho, às atitudes e valores sobre sexualidade e, à experiência de gravidez e eventuais conseqüências. Este instrumento foi aplicado por entrevistadores de ambos os sexos, estudantes ou profissionais das Ciências Sociais, na sua maioria com idade próxima a dos entrevistados, tendo sido previamente treinados para a tarefa.

Uma equipe de supervisores juntamente com a coordenação da pesquisa revisou todos os questionários, tendo posteriormente sido realizado re-teste de 20% da amostra, através de contato pessoal ou telefônico, por outra pessoa.

Através de dupla digitação independente, foi construído o primeiro banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico EPIINFO, versão 6.04b. Posteriormente, este banco foi transportado para o STATA, versão 7.0, pela capacidade deste *software* de incorporar no cálculo das análises estatísticas o efeito do desenho do estudo e das ponderações efetuadas.

Na análise buscou-se traçar um panorama inicial acerca da experiência de gravidez e aborto entre as moças entrevistadas e os rapazes (relativamente as suas parceiras), nas três cidades. Dessa forma, foram excluídas não só as informações sobre

os jovens que se declararam virgens, mas também dos que informaram uma gravidez em curso, própria ou da parceira, cujo desfecho ainda não se definira.

Uma tipologia da experiência de gravidez e aborto foi assim construída, constituindo-se a variável de interesse deste estudo (TIP). Esta variável foi elaborada a partir das informações fornecidas pelos jovens sobre as questões relativas à ocorrência de gravidez(es) e seu(s) desfecho(s), abrangendo as seguintes categorias: 1 - sem experiência de gravidez; 2 - com gravidez terminada em aborto provocado; 3 - com gravidez resultando no nascimento de um filho ou aborto espontâneo e 4 - com gravidezes terminadas em filho ou aborto espontâneo e aborto provocado. A opção por agregar em uma mesma categoria os eventos que resultaram em filhos e abortos espontâneos considerou não só a necessidade de maior síntese dos dados, como também a intenção de destacar aqueles terminados em aborto provocado.

Posteriormente, procedeu-se à uma investigação, de caráter exploratório dos perfis associados às experiências de gravidez e seus possíveis desfechos, utilizando-se a técnica de Análise de Correspondência — AC, através do *software SPAD — Système Portable pour l'Analyse des Données*. A AC é uma ferramenta estatística de análise multivariada que permite analisar a relação entre um grande número de variáveis, de modo simultâneo. Trata-se de uma técnica descritiva, útil em estudos transversais e apropriada à análise de variáveis categóricas ou binárias. De natureza exploratória, permite gerar hipóteses, sendo incapaz de testá-las, pela impossibilidade de calcular a significância estatística das associações presumidas (Greenacre, 1993).

A AC gera uma matriz "de correspondência" ou de "frequências relativas associadas", contendo o cálculo das distâncias entre todas as combinações das categorias das tabelas de contingência construídas. Em seguida, as variáveis são



alocadas num espaço multidimensional, com as categorias de cada uma delas sendo representadas por um ponto nesse espaço (Greenacre, 1993).

A definição do número de fatores necessários à análise, também denominados eixos ou dimensões, apóia-se no uso de técnicas matemáticas computacionais específicas. Esses fatores são portanto direções que representam da melhor forma possível a variabilidade ou diversidade entre os pontos. Uma análise específica de cada um dos fatores é essencial para identificar quais as variáveis e suas respectivas categorias que mais contribuem com a explicação da variância dos dados. Algumas categorias são mais relevantes que outras para a construção dos fatores do gráfico, mostrando-se fortemente correlacionados a eles. Portanto, na interpretação de um eixo fatorial através da avaliação de quais variáveis mais contribuíram para sua formação, é possível caracterizar conceitualmente este fator. Embora não haja consenso sobre quantos fatores devem ser retidos para análise e interpretação dos resultados, geralmente os dois primeiros são mais comumente utilizados.

O gráfico gerado pelos fatores permite visualizar, de forma clara, a proximidade dos pontos/categorias de variáveis, formando nuvens ou agregações, que traduzem uma associação entre elas. Assim, em um gráfico bidimensional, com dois eixos fatoriais, a disposição de pontos em quadrantes situados em posição diametralmente inversa fornece agregados com características opostas.

Dessa forma, a técnica de AC possibilita sintetizar nos gráficos gerados a relação entre os dados, as correspondências entre as variáveis e suas categorias, propiciando a construção de tipologia ao comparar as unidades de observação através de todas as modalidades das características observadas.

Neste estudo, as variáveis incluídas no modelo para AC eram relativas à características sociofamiliares dos jovens — cidade onde reside, escolaridade, renda

familiar mensal *per capita*, raça/cor auto-referida, religião de criação, grau de responsabilidade sobre tarefas domésticas, idade ao primeiro trabalho e a aspectos selecionados acerca da socialização e do modo de entrada do jovem na sexualidade — conversa com a mãe sobre gravidez e métodos contraceptivos, idade na iniciação sexual e uso de contracepção naquela ocasião.

Nesta etapa da AC, procedeu-se a um balanceamento do banco de dados, excluindo todos os casos com informações faltantes para as variáveis integrantes do modelo.

A pesquisa obteve aprovação dos Comitês de Ética dos três Centros Acadêmicos envolvidos na Pesquisa GRAVAD. Nas entrevistas, foram respeitadas as recomendações concernentes a este tipo de estudo, sendo os jovens, previamente à assinatura do Termo de Consentimento, informados acerca da possibilidade de recusa ou interrupção da entrevista a qualquer momento, lhes tendo sido assegurado o respeito ao anonimato e à confidencialidade das respostas.

## **RESULTADOS**

### ***Experiências de gravidez e aborto relatadas pelos jovens: as diferenças das três cidades***

Das 2447 moças entrevistadas na pesquisa GRAVAD, 18,4% se declararam virgens. O presente estudo refere-se às 2002 jovens que já haviam se iniciado sexualmente, excluídos 2 casos por recusa dessa informação. Entre as 43,8% jovens com história de gravidez alguma vez na vida, ainda foram excluídas 5,3% que

declararam estarem grávidas no momento da entrevista, dado que o resultado dessa gestação ainda não se definira.

Embora a maior parte delas não tenha mencionado uma experiência de gravidez (56,4%), uma parcela importante admitiu já tê-la vivido, sendo este desfecho o nascimento de um filho ou um aborto espontâneo (34,1%), ou ambos (5,0%). Diferenças entre as cidades foram observadas, registrando-se entre as jovens de Salvador os maiores relatos de gravidez, independente do seu resultado, de forma inversa, àquelas de Porto Alegre, estando as residentes no Rio de Janeiro em uma posição intermediária (Figura Ia).

Quanto 2187 rapazes entrevistados 7,0% declararam não ter tido ainda relação sexual e 5 recusaram revelar esta informação. Destes, 31,7% mencionaram ter engravidado uma parceira alguma vez na vida, sendo excluídos deste grupo 5,6%, cuja parceira estava grávida no momento da entrevista.

Entre eles, verifica-se um percentual ainda mais elevado (comparativamente às moças) daqueles sem experiência de gravidez (68,4%). Entretanto, entre aqueles que mencionaram já ter engravidado uma parceira, foi maior a referência ao aborto provocado como resultado deste(s) eventos(s). Distinções entre as cidades também foram encontradas, sendo ainda mais marcantes as diferenças entre os rapazes de Salvador, com os relatos de abortos das parceiras superando inclusive aqueles em que a gravidez resultou no nascimento de um filho ou em aborto espontâneo (Figura Ib).

### **As jovens mulheres: uma maior diversidade de experiências ?**

Na Análise de Correspondência, os dois primeiros fatores foram retidos para etapa subsequente, ambos explicando 21,3% da variabilidade global dos dados,

respectivamente, 13,6% e 7,7 % (Figura 2a). Analisando-se a contribuição de cada variável na composição do primeiro fator, constata-se a maior influência da renda familiar (20,0%), da escolaridade (19,3%) e da cor/raça (14,0%), expressando o peso neste fator dos aspectos macrossociais e da composição étnica dos jovens. Também desponta como importante a variável que informa seu grau de responsabilidade nas tarefas domésticas (10,9%). Quanto ao segundo eixo fatorial, destacam-se a variável cidade — isoladamente contribuindo com 33,9% da variabilidade deste eixo, a idade da iniciação sexual (22,0%) e a raça/cor auto-referida (19,4%) (Figura 3).

No gráfico gerado pela AC (Figura 3), estão descritas as relações entre as variáveis selecionadas e a experiência de gravidez e aborto. Considerando o primeiro eixo, no sentido vertical, pode-se identificar uma primeira nuvem de pontos que demarca claramente o grupo daquelas jovens sem experiência reprodutiva (TIP1). Ocupando o lado esquerdo do gráfico, nos quadrantes superior e inferior, este primeiro agregado é identificado pelas seguintes características: raça/cor branca, maior escolaridade e renda familiar, relato de conversa com a mãe sobre gravidez e métodos contraceptivos, idade da iniciação sexual entre 16 e 17 anos, tendo sido de forma protegida; outros atributos ainda associados a este grupo são: não ter tido responsabilidades domésticas e não ter tido um trabalho remunerado ou só tê-lo tido após os 19 anos de idade.

Ainda analisando-se esse primeiro fator, verifica-se que ao grupo das moças que relataram ter tido aborto provocado (TIP2), associam-se poucas características. Entretanto apesar de situado no lado direito do gráfico, encontra-se em uma posição intermediária no quadrante inferior, próximo aos pontos que circundam o subconjunto das jovens sem experiência de gravidez (Figura 3).

Os demais grupos de mulheres — tendo mencionado experiência reprodutiva resultando em aborto espontâneo ou no nascimento de um filho (TIP3), ou mais de uma gravidez, incluindo agora um aborto provocado (TIP4), ocupam o quadrante superior direito, em posições próximas. Dentre as características a eles associadas destacam-se: a menor escolaridade e renda familiar, o relato de iniciação sexual sem uso de métodos e a informação de ter sido criada sem credo religioso (Figura 3).

Quanto ao segundo eixo fatorial, embora não tenha sido capaz de discriminar as jovens segundo a experiência de gravidez e aborto, com as quatro categorias desta variável estando dispostas em uma faixa relativamente estreita no sentido desse eixo, é possível perceber uma clivagem segundo a cidade de residência, situando as gaúchas e as cariocas, ambas no quadrante superior esquerdo em posição oposta a das baianas (quadrante inferior direito), em uma clara linha diagonal no gráfico (Figura 3).

### ***Os homens: a polarização de experiências?***

Entre os rapazes, também foram retidos dois fatores para as próximas etapas da análise, o primeiro explicando 12,0% da variabilidade dos dados e o segundo 7,1% (Figura 2b).

Do modo semelhante às moças, entre eles, as variáveis de maior contribuição acumulada no primeiro eixo também referiram-se à dimensão macrossocial representada pela escolaridade (21,4%) e renda familiar (20,9%) e à composição étnica – raça/cor auto-referida (18,7%). Entretanto, diferentemente delas, ganha importância a idade ao primeiro trabalho (9,3%) (Figura 4).

No segundo eixo fatorial, também de forma similar às jovens do sexo feminino, a cidade desponta como a variável de maior contribuição (31,8%), seguida da idade da

iniciação sexual (17,4%). A raça/cor e a idade ao primeiro trabalho novamente aparecem como influentes nesta dimensão fatorial (19,7%) (Figura 4).

A análise do gráfico gerado com os dados dos rapazes demarca distintos grupos, ainda que de forma menos clara do que aquela verificada entre as mulheres. Um primeiro grupo, representado pelos jovens sem experiência reprodutiva (TIP1), localizado nos quadrantes esquerdos, é facilmente identificado pelo conglomerado representando características como raça/cor branca, escolaridade e renda familiar mais elevadas, relato de ter conversado com a mãe sobre gravidez e contracepção, de ter tido uma iniciação sexual mais tardia (após os 17 anos) e em uso de algum método contraceptivo. Como já referido, os demais grupos (TIP 2, TIP3 e TIP4) ocupam posições próximas no quadrante inferior direito, reunindo em torno deles atributos como: menor escolaridade, menor renda, raça/cor preta e indígena, ter sido criado no pentecostalismo ou sem religião, iniciação sexual com menos de 14 anos e de forma não protegida, sem uso de contraceptivos (Figura 4).

Entre os homens, o segundo fator tampouco se mostrou útil para distinguir os rapazes, segundo a tipologia reprodutiva, com as categorias desta variável ocupando posições próximas no sentido horizontal deste eixo. Entretanto, de forma clara, essa dimensão separa os homens residentes em Salvador (quadrante superior direito), daqueles de Porto Alegre e do Rio, situados no quadrante inferior esquerdo (Figura 4).

## ***DISCUSSÃO***

Os dados apresentados sobre o relato de gravidez e aborto pelos jovens objetivaram primordialmente fornecer uma visão panorâmica da experiência deste

evento na população investigada e identificar características que refletissem distintos perfis a ela associados.

Os rapazes e moças entrevistados pela pesquisa GRAVAD encontram-se ainda no início das suas carreiras reprodutivas, com a maioria relatando não ter engravidado (ou sua parceira). Para aqueles que mencionaram experiência de gravidez, distinções de gênero foram observadas. A maior declaração entre as mulheres condiz com informações anteriores de que elas estão inseridas em contextos afetivo-sexuais com parceiros mais velhos, com a gravidez levando a formalização de uma união conjugal e resultando mais freqüentemente no nascimento de um filho (Aquino et al., 2006). Para os homens, embora informando menos freqüentemente ter engravidado alguma parceira, foi mais elevado entre eles a referência ao aborto como desfecho destes eventos. Na pesquisa GRAVAD, verificou-se entre eles um menor relato de união e a tendência a relacionarem-se com parceiras mais jovens (Heilborn et al., 2006), ambas condições que podem estar indicando o maior envolvimento em contextos amorosos pouco estabelecidos, considerados inadequados à chegada de um filho.

Entretanto, o maior relato masculino de aborto das parceiras deve ser objeto de análises específicas, podendo expressar menores dificuldades de declaração da informação ou imprecisões sobre os eventos ocorridos. Todavia, não é possível descartar a hipótese de que as diferenças de gênero nas suas trajetórias afetivo-sexuais — iniciação sexual mais cedo e maior número de parceiras, por exemplo, impliquem maiores possibilidades de ocorrência deste evento nas suas vidas.

Os resultados permitiram evidenciar a diversidade da situação dos jovens, possibilitando discriminar grupos com distintas características e sua associação com as experiências de gravidez e aborto. É de difícil interpretação a diferença encontrada nos dados de mulheres e homens quanto à experiência de uma gravidez. Nelas, uma maior

aproximação espacial entre o grupo que referiu aborto provocado e aquele que relatou ainda não ter vivenciado uma gravidez e neles, a pouca distinção entre os jovens que mencionaram já ter engravidado uma parceira, independente do resultado.

Entretanto, de forma semelhante para a população feminina e masculina investigada, confirmou-se a importância de variáveis macrossociais, como escolaridade, renda e raça/cor auto-referida, separando as/os jovens que relataram não ter tido experiência de gravidez das/os demais. Os atributos associados a esse grupo informam uma melhor posição social e uma entrada na sexualidade em condições mais favoráveis, a exemplo da: escolaridade e renda familiar mais altas, cor/raça branca, conversa com a mãe sobre gravidez e métodos, iniciação sexual protegida, ocorrida mais tardiamente. Uma distinção de gênero deve ser ressaltada, destacando-se para as moças o pouco envolvimento com trabalho doméstico e para os rapazes, o retardo da inserção profissional.

Como alguns autores têm convencionalmente denominado (Galland, 2001; Heilborn et al., 2002), são esses jovens que vivenciam o fenômeno de "prolongamento da juventude", implicando uma coabitação mais longa em casa dos pais, usufruindo de um respaldo familiar essencial para o investimento nos estudos e uma maior qualificação, visando uma inserção em melhores postos no mercado de trabalho. Por outro lado, como também têm sido assinalado, uma atitude mais "aberta" desses pais com respeito à legitimidade da sua atividade sexual favorece uma permanência menos conflituosa com a família de origem.

Rapazes e moças de origem social mais favorecida apresentam uma situação similar e é para eles que a juventude parece adquirir os atributos de uma fase com menos responsabilidades, sem os percalços de uma gravidez (Brandão, 2003). Dados de vários países mostram que naqueles onde as mulheres têm maior acesso à educação e a



empregos, as mais jovens e solteiras tendem a postergar a união e a maternidade (Bankole et al., 2001). Entre mulheres mais instruídas, verifica-se maior êxito em prevenir uma gravidez considerada "não desejada" por disporem de maior informação e melhor acesso a métodos contraceptivos, além da sua motivação a ter um número menor de filhos. Sobretudo entre as mulheres que conseguem alcançar estudos universitários, a tendência é postergar o nascimento do primeiro filho, em alguns casos para quase 10 anos mais tarde do que aquelas que não foram à escola ou as menos instruídas (Bozon & Enoch, 1999).

Além da menor ocorrência de gravidez entre essas jovens de origem social mais favorecida, diante da eventualidade disso ocorrer, elas recorrem mais ao aborto, podendo realizá-los, inclusive em condições mais seguras (Hardy et al., 1993; Pirotta & Schor, 2004; Menezes et al., 2006). Por outro lado, mesmo quando moças e rapazes pertencentes a estratos socioeconômicos mais elevados optam pela continuidade da gravidez, o nascimento de um filho, de forma geral, apesar dos rearranjos que motiva, suscita menos freqüentemente a formação de uma união. Estes persistem, com o apoio decisivo da família, estimulados a manter o investimento que faziam nos seus projetos pessoais, quer de estudo ou trabalho, com a gravidez acarretando poucas inflexões nas suas vidas (Brandão, 2003).

Em contraposição à esse grupo de jovens, estão aqueles que relataram ao menos um episódio de gravidez. Os resultados deste estudo revelam uma associação dessa experiência com uma situação sociofamiliar mais desfavorável: são jovens de raça/cor parda e negra, de baixa escolaridade e renda familiar, com a inserção precoce daqueles do sexo masculino no mercado de trabalho e com as moças relatando maiores responsabilidades nos afazeres domésticos. Aquino et al. (2003) já haviam evidenciado na população da pesquisa GRAVAD que a ocorrência da gravidez, sobretudo na

adolescência associou-se de forma inversa à escolaridade e renda familiar dos jovens, confirmando dados de outros estudos brasileiros (Ferraz & Ferreira, 1999) e de outros países (Bajos & Durand, 2001; Singh et al., 2003).

A aparente uniformidade identificada entre os grupos de jovens que mencionaram já ter engravidado (ou sua parceira) deve ser questionada, de modo a desvelar as importantes distinções entre aquelas/es que optaram pelo aborto, das/os que decidiram levar a gravidez adiante e do último grupo que, apesar de pequeno, informa uma recorrência de eventos comportando ambos desfechos.

Para o grupo de jovens que optaram pela continuidade da gravidez, este evento soma-se a outros "dispositivos de aceleração do curso da vida" (Brandão, 2003: 219), implicando mais freqüentemente união conjugal e formação de um novo núcleo familiar, com ajuda das famílias de origem, sobretudo nos aspectos materiais. Borges & Schor (2005) observam entre estudantes, de uma área adscrita à uma unidade do Programa de Saúde da Família em São Paulo que, a despeito da heterogeneidade das trajetórias afetivas das jovens, o intervalo de tempo decorrido entre a iniciação sexual e a primeira união foi de menos de um ano, sugerindo relação entre conjugalidade e maternidade. O nascimento de um filho é mais um fator que se soma à "brevidade" da sua adolescência — muitos rapazes já haviam abandonado a escola, inserindo-se precocemente no mercado de trabalho e quanto às moças, uma parcela, também com trajetórias escolares irregulares, vislumbra na maternidade uma perspectiva de valorização social (Dadoorian, 1996; Le Van, 1997).

Heilborn et al. (2002) ressaltam entretanto que constrangimentos de gênero marcam uma clivagem da situação dos rapazes e moças de ambos desses segmentos sociais, diante da experiência de parentalidade. Para as mulheres das camadas populares, a maternidade as faz arcar com o maior ônus relativo aos encargos a ela

relacionados no período subsequente ao nascimento de um filho. Uma parte delas abandona a escola, vivendo períodos de maior isolamento social e limitação do lazer. Para os homens, entretanto, os efeitos são menos marcantes.

Diferentemente do grupo que resolve "assumir" a gravidez, outras e outros irão escolher interrompê-la. Esta opção é freqüentemente justificada por motivos relacionados ao fato de que se sentem ainda muito novos para ter filhos, à ausência de condições materiais para criá-los, o medo da reação dos pais ou o desejo de manter os planos de estudo que seriam prejudicados com a chegada de um filho (Bankole et al., 1998). A decisão pelo aborto, de certa maneira, os faz retornar à uma posição anterior, anulando os efeitos de gravidez. Em outros trabalhos pode-se verificar a complexidade dessa decisão, apontando-se os elementos relacionados à história pessoal dos jovens, seus parceiros e as famílias de ambos (Peres, 2003) e e os fatores associados à opção pela sua continuidade ou interrupção (Menezes et al., 2006). De toda forma, a posição social destes jovens restringe a capacidade que terão de concretizar a decisão de interromper a gravidez, em condições adequadas, com a criminalização do procedimento no país expondo-os à práticas inseguras, com impacto na morbimortalidade.

Um aspecto a ser discutido neste trabalho refere-se à diversidade do relato de gravidez e aborto entre os jovens, segundo a cidade de residência, remetendo não só aos seus contextos culturais, mas também a diferenças no padrão de desenvolvimento socioeconômico e no grau de estruturação das políticas públicas, particularmente no que se refere à saúde, à educação e trabalho.

A passagem para a idade adulta ocorre assim de diferentes formas para uns e outros, com distinções importantes. Os determinantes macroestruturais se articulam

assim aos condicionantes de gênero e as discriminações raciais, contribuindo para a heterogeneidade da condição juvenil nas três cidades.

As diferenças relacionadas ao contexto sociocultural já haviam sido sinalizadas por Bozon & Heilborn (2006), em análise anterior da pesquisa GRAVAD. Os autores mostraram como essas cidades constituem cenários distintos de socialização e aprendizado para entrada na sexualidade. Para além dos determinantes estruturais, sem desconsiderar as diferenças quanto à composição social e étnica das suas populações, os autores identificam distinções importantes entre a situação encontrada em Salvador, e aquela de Porto Alegre. Nesta última cidade, a despeito de uma iniciação sexual mais precoce, estas primeiras relações ocorrem de forma mais protegida, com os jovens relatando uma maior diversidade de fontes de informação sobre sexualidade, contracepção e AIDS e suas famílias sendo mais freqüentemente citadas como agentes desse processo. Ao contrário, os jovens de Salvador, embora relatem uma iniciação sexual mais tardia, o fazem sem proteção contraceptiva e é nessa cidade onde as famílias são menos referidas como primeiras fontes de informação sobre os temas acima referidos, ressaltando-se a importância da escola e dos pares. Estes fatores possivelmente têm reflexos na experiência futura dos jovens quanto à gravidez e aborto, como já havia sido registrado por Aquino et al. (2003), mostrando um maior relato de ocorrência de gravidez, independente do seu resultado, sobretudo entre jovens com menos de 20 anos, em Salvador do que no Rio de Janeiro e sobretudo em Porto Alegre.

Portanto, se poderia falar de diferentes juventudes ao se referir aos jovens dessas cidades, evidenciando-se em Salvador uma passagem à idade adulta ocorrendo mais rapidamente, com a gravidez demarcando esta fase, de modo importante.

Dada a natureza exploratória do presente estudo, algumas perspectivas de análise devem ser apontadas. As diferenças internas a cada cidade devem ser melhor

investigadas, tarefa inviabilizada no presente trabalho pela limitação imposta devido ao número insuficiente de casos, impedindo maior estratificação dos dados.

Uma análise dos meandros da prática contraceptiva entre os jovens permanece um aspecto instigante para futuras investigações. Dados já discutidos pela pesquisa GRAVAD mostram as inflexões nos perfis contraceptivos dos jovens entrevistados, contrapondo uma iniciação sexual de modo geral protegida (cerca de 70% de rapazes e moças informaram uso de algum meio) (Bozon & Heilborn, 2006), à um relaxamento da contracepção quando a relação amorosa se estabiliza; à época da gravidez, verifica-se uma baixa utilização de métodos contraceptivos (Aquino et al., 2006).

Cabe refinar as análises sobre a discriminação racial e sua articulação com as desigualdades de classe e gênero. Neste estudo, para homens e mulheres, constatou-se uma associação entre jovens de cor/raça branca e uma situação social favorável com repercussões no relato de experiências reprodutivas na juventude. A composição étnica racial dos jovens mostrou-se uma variável importante articulada não só aos fatores macrossociais (primeiro eixo fatorial) como ao contexto sociocultural (segundo eixo).

Alguns limites do presente estudo devem ser apontados. Um primeiro relaciona-se à própria natureza dos eventos estudados e a fidedignidade da sua declaração por parte dos entrevistados. Sobretudo no que diz respeito ao aborto provocado, as implicações religiosas e morais da sua prática, acrescidas da sua criminalização no país, pode ter acarretado seu subrelato, podendo ter sido informado como espontâneo ou ter sido ocultada a própria gravidez. Do mesmo modo, ainda que, na sociedade brasileira, grosso modo, a perda da virgindade não seja mais objeto de reprovação social, não se pode afastar que uma parte daquelas moças que tiveram sua primeira relação em período muito próximo da entrevista, tenha tido maior dificuldade de declarar este evento, como apontado por Ali et al. (2003).

Como verificado, os resultados obtidos, tanto para as mulheres como para os homens, evidenciam que as variáveis selecionadas demonstraram poder limitado na explicação do fenômeno investigado. Para os jovens de ambos os sexos, os dois fatores retidos apresentaram valores explicativos acumulados de 21,3% para mulheres e 19,1% para homens, de pequena monta quando comparados com outros estudos, ainda que não específicos sobre esta temática (Carvalho & Struchiner, 1992; Aranha et al., 2004). Dada a complexidade da natureza da questão investigada, certamente, outros fatores, ausentes do modelo proposto também exercem influência na experiência de gravidez e seus distintos resultados entre os jovens entrevistados. Em etapas prévias da análise, outras variáveis foram incorporadas no modelo da AC como tempo de atividade sexual, trajetória escolar, separação dos pais, relato de que estes impediam sua convivência com amigos e namorados, mas sua inserção não contribuiu para a maior explicação da variabilidade dos dados e melhor discriminação dos perfis dos jovens. Por outro lado, as variáveis utilizadas nos estudos prévios da pesquisa GRAVAD que se mostraram fortemente associadas ao comportamento reprodutivo, sobretudo ao desfecho da gravidez não puderam ser integradas ao modelo, já que a população deste estudo contemplou também os jovens sem experiência de gravidez. Entretanto, os resultados gerados apresentam coerência interna e encontram respaldo na literatura sobre o tema.

Os aspectos discutidos neste trabalho apontam para os desafios colocados para as sociedades modernas e sobretudo aquelas de países periféricos como o Brasil, com grandes desigualdades sociais, quanto à garantir as suas populações jovens o acesso a oportunidades para que possam desenvolver suas potencialidades na transição para a idade adulta. O enfrentamento desses problemas passa pela ruptura de um ciclo que se perpetua, de um lado, com obstáculos aos jovens para o acesso à educação, aliados a problemas no sistema escolar brasileiro que terminam por expulsá-los da escola; do

outro, com a necessidade de buscar um emprego, implicando sua inserção precarizada no mercado de trabalho. Ambos fatores impedem que educação e trabalho possam propiciar aos jovens as condições adequadas para que possam efetivamente ser capazes de realizar escolhas sem constrangimentos e poder concretizá-las (Pimenta et al., 2001).

Uma maior escolaridade tem sido sistematicamente apontada nos estudos como um grande diferencial quanto aos comportamentos reprodutivos. Mesmo com a tendência observada no país de redução da idade da iniciação sexual com aproximação dos calendários feminino e masculino, o maior acesso à educação se constitui uma ferramenta para que os jovens possam inclusive manejar a contracepção de forma mais adequada. Em outros países, baixas taxas de ocorrência de gravidez e aborto entre as moças têm ocorrido apesar do declínio da idade da iniciação sexual, sugerindo o efeito da massificação do uso de contraceptivos eficazes (Bajos & Durand, 2001).

Desde a década passada, no Brasil, tem se generalizado entre distintos segmentos da população a percepção de um ideal de prole reduzida (Scavone, 2001). Nessa perspectiva, se persistirem as dificuldades de acesso a um leque mais diversificado de contraceptivos reversíveis (no país, uso concentrado na pílula hormonal e no condom), as mulheres continuarão sendo levadas a recorrer a medidas radicais, como a esterilização feminina — realizada de forma crescente e em idades cada vez mais precoces — e o recurso ao aborto (Wong et al., 1998). As estimativas recentes de elevação do aborto entre jovens de 20 a 24 anos (e sobretudo entre adolescentes) indicam que esta prática é utilizada para postergar o nascimento do primeiro filho ou limitar o número destes (Silva, 2002).

Dados do Ministério da Saúde registram o limitado acesso dos jovens a serviços de saúde reprodutiva que incluem a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o acesso a contraceptivos de modo a evitar gravidezes, caso assim o queiram. A

organização de espaços com profissionais qualificados para o atendimento dos jovens, a estruturação de ambientes em que lhe esteja assegurada a confidencialidade, incluindo práticas de aconselhamento, são raramente disponíveis na rede pública. Os serviços e as ações de planejamento familiar que incluem informação e distribuição de contraceptivos, na sua maioria, ainda são voltados à uma clientela de mulheres em união conjugal (Rios et al., 2002). Portanto são muitas as tarefas de modo a ampliar para os jovens fontes mais qualificadas de informação sobre os contraceptivos reversíveis existentes, inclusive contracepção de emergência e garantir seu acesso para que possam dispor de condições efetivas de decidirem se e quando querem ter filhos.

Particularmente para o setor saúde, o desafio colocado consiste em implementar a atenção aos jovens, na perspectiva da integralidade do cuidado, reduzindo o hiato entre as normatizações e as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e fazendo avançar os esforços atuais para superar a desarticulação entre os programas e as ações existentes nas diferentes esferas do governo.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide.** New York; Washington: AGI, 1999. 56 p.

ALI, M. M.; CLELAND, J.; SHAH, I. H. Trends in reproductive behavior among young single women in Colombia and Peru: 1985-1999. **Demography**, v. 40, n. 4, p. 659-673, 2003.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-388, 2003.

\_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M.L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006.

ARANHA, R. N. et. al. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e uso de terapia de reposição hormonal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 100-108, jan./fev. 2004.

BAJOS, N.; FERRAND, M.; HASSOUN, D. Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In: BAJOS, N; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues.** Paris: Inserm. 2002. p. 33-78. (Questions en santé publique).

BAJOS, N.; DURAND, S. **Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries.** Country Report for France. New York; Washington: The Alan Guttmacher Institute, 2001.

BANKOLE, A.; SINGH, S.; HAAS, Y. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. **International Family Planning Perspectives**, v. 24., n. 3, p. 117-127.1998.

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, Y. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. **Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar**, Nova Iorque, n. esp., p. 10-19, 2001.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/DHS (Demography and Health Survey). Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. 1996.** Rio de Janeiro:BEMFAM/DHS, 1997.

BOZON, M. et al. **Pour une approche socio-anthropologique des comportements sexuels et reproductifs pendant la jeunesse au Brésil: la construction de l'enquête.** [s.l]: *Gravad.* 2001.

BOZON, M.; ENOCH, E. Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. **Population & Sociétés**, n. 345, avril. 1999.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.).**O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 5, n. 2, p. 163-170, 2005.

BRANDÃO, E.R. **Individualização e vínculo familiar em camadas médias**: um olhar através da gravidez na adolescência. 2003. 320f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população de 15 a 19 anos: gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E.M. et al. (Org.). **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998. p. 35-46.

CARVALHO, M.; STRUCHINER, C. J. Análise de correspondência: uma aplicação do método à avaliação de serviços de vacinação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 287-301, 1992.

CORSEUIL, C. H.; SANTOS, D. D.; FOGUEL, M. N. **Decisões críticas em idades críticas**: a escolha dos jovens entre estudo e trabalho no Brasil e em outros países da América Latina. Rio de Janeiro: IPEA. 2001. 46p.

COSTA, S. H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K; COSTA, S. H. (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DADOORIAN, D. Adolescentes. Porque elas querem engravidar? **Femina**, v. 24, n. 1, p. 47-51, 1996.

DONATI, P.; CÈBE, D.; BAJOS, N. Interrompre ou poursuivre la grossesse? In: BAJOS, Nathalie; FERRAND, Michèle (Orgs). **De la contraception à l'avortement**: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm. (2002). p. 115-62. (Questions en santé publique).

FERRAND, M. A questão dos direitos reprodutivos na França. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, n.5, p. 79-85, número especial. 1994.

FERRAZ, E.A; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998. p. 57-66.

FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 13-18, 1996.

GALLAND, O. Adolescence, pós-adolescence, jeunesse: retour a quelques interprétations. **Révue Française de Sociologie**, v. 42, n. 4, p. 611-640, 2001.

GREENACRE, M. J. **Correspondence analysis in practice**. London: Academic Press/Harcourt Brace & Company; 1993.

HARDY, E. E.; REBELLO, I.; FAÚNDES, A. Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 113-6, 1993.

HEILBORN, M. L. Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: \_\_\_\_\_. **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/ Associação Saúde da Família, 1998. p. 23-32.

\_\_\_\_\_. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos: sexualidade e AIDS**, Porto Alegre, ano 8, n.17, p.13-45, Jun. 2002.

HEILBORN, M. L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocru/Garamond, 2006.

LE VAN, C. Les grossesses adolescentes: drame réele ou incongruité sociale? **Mana: Revue de Sociologie et d'Anthropologie**, v. 3, p. 139-167, 1997.

MELLO, J. L. et al. Como chegar à vida adulta: será que existe um caminho único? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004. Caxambu/MG. **Anais ...**, Belo Horizonte: APEB, 2004.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M, L; SILVA, D. O. Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1431-1446, 2006.

OLINTO, M. T. A. **Aborto induzido: frequência, fatores de risco e preditores**. 1998. 79f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP).

PERES, S. O. **Aborto e Juventude: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência**. 2003. Tese. (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PIMENTA, M. C. et al. **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 1, 2001. 52 p.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2002.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a interrupção voluntária da gravidez a partir do discurso de estudantes universitários da USP. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004. Caxambu/MG: **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2004.

RIOS, L. F. et al. Rumo à adultez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 22, n. 57, p. 45-61, 2002.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001.

SILVA, R. S. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, v. 10, n. 1/2, p. 41-56, 1993.

\_\_\_\_\_. Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2002.

SINGH, S. et al. Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 33, n. 6, p. 251-258&289, 2001.

STERN C.; GARCÍA, E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. In: STERN, C.; FIGUEROA, J.C. (Orgs.). **Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación**. México, DF: El Colegio de México; 2001. p.331-358.

WONGH, L. R.; BADIANI, R.; QUENTAL, I. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS – 1996. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, v. 15, n. 1, p. 23-42, 1998.

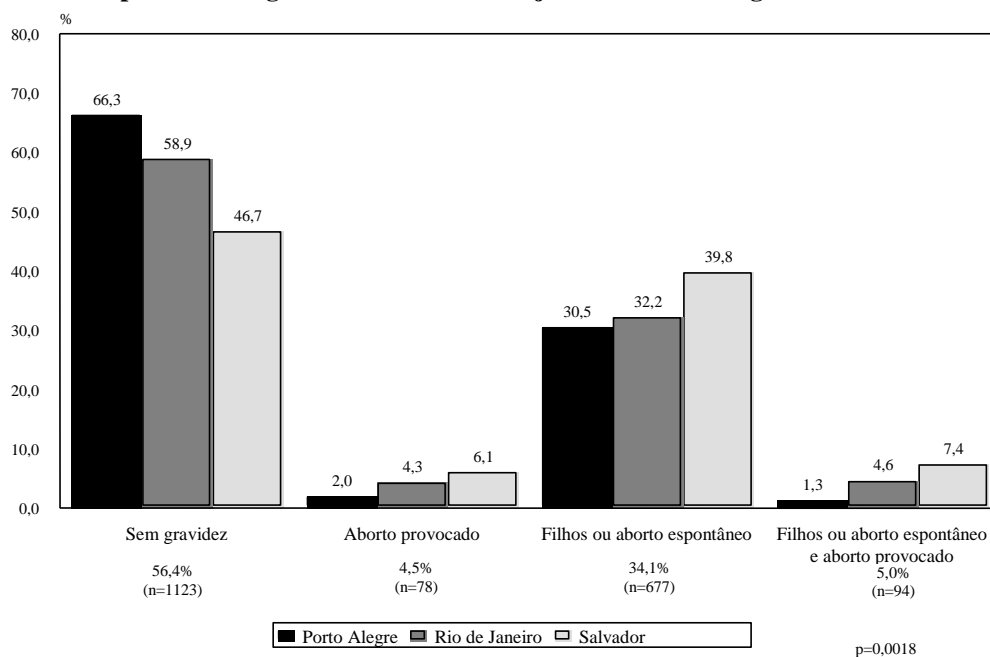
#### COLABORADORES

Greice Menezes contribuiu na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Estela Maria Leão de Aquino contribuiu na concepção do estudo, definição de estratégias e técnicas de levantamento de dados, construção do instrumento de pesquisa, coordenação da pesquisa em Salvador, incluindo desde a seleção e treinamento da equipe, supervisão geral do trabalho de campo, construção da base de dados, análise, interpretação dos dados e revisão do texto. Diórlene Silva colaborou na realização das análises estatísticas.

#### AGRADECIMENTOS

A pesquisa GRAVAD – *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* foi originalmente elaborada por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, França), Estela M. L. Aquino (MUSA/ISC/UFBA), Daniela Knauth e Ondina Fachel Leal (NUPACS/UFRS). Agradecemos a Ceres G. Victora, Fabíola Rohden, Cecília McCallum, Tânia Salem, Elaine Brandão, Jenny Araújo, Maria da Conceição C. de Almeida e aos demais membros da equipe GRAVAD, bem como ao consultor estatístico Antônio José Ribeiro Dias. Agradecemos, ainda, o apoio financeiro da Fundação Ford, CNPq e da CAPES, através de seus programas de bolsas. Somos gratas a José Bouzas Araújo Filho, Bern Gesner e Maurício Cardeal, da Universidade Federal da Bahia pelas recomendações relativas à análise estatística. Um agradecimento especial à Maria da Conceição C. de Almeida no processamento e na análise estatística dos dados.

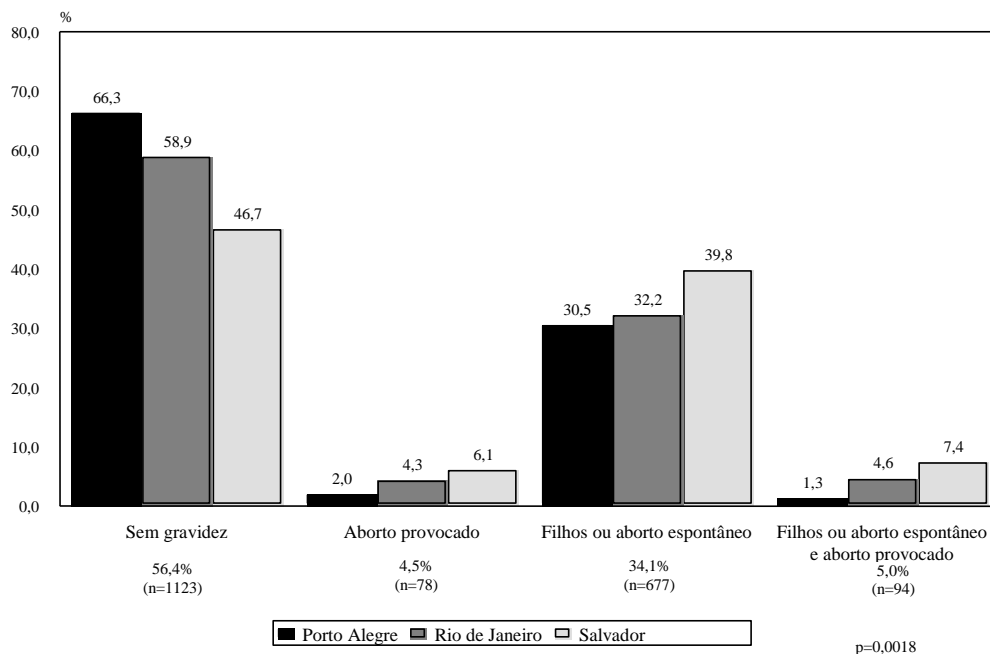
**Figura Ia – Experiência de gravidez e aborto entre jovens mulheres segundo cidade**



Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002.

População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), excluídas 18,4% que se declararam virgens e dentre as que engravidaram 5,3% que informaram uma gravidez em curso.

**Figura Ib – Experiência de gravidez e aborto entre jovens homens, relativamente as suas parceiras, segundo cidade**



Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002.

População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), excluídos 7,0% que se declararam virgens e, dentre aqueles que já haviam engravidado uma parceira, 5,6% que informaram uma gravidez em curso da parceira.

**Figura 2 - Gráfico de Barras da Distribuição Percentual da Variância Representada por cada Auto-Valor, segundo sexo**

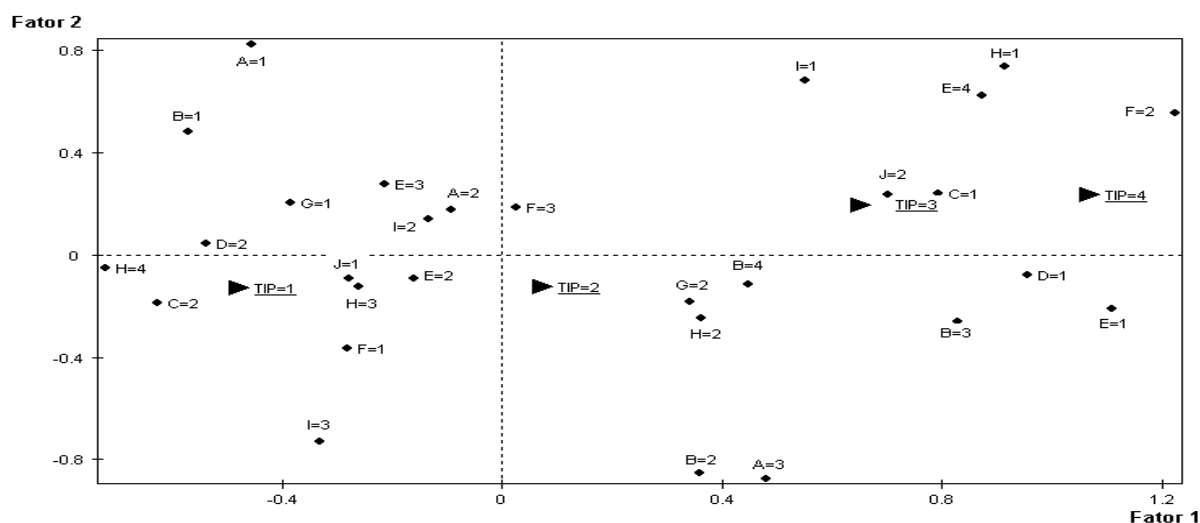
**2a - Mulheres**

N	Auto-Valor	Percentual	Percentual Acumulado	
1	0.2579	13.58	13.58	*****
2	0.1476	7.77	21.34	*****
3	0.1209	6.36	27.71	*****
4	0.1134	5.97	33.68	*****
5	0.1109	5.84	39.51	*****
6	0.1060	5.58	45.09	*****
7	0.1011	5.32	50.41	*****
8	0.0970	5.10	55.51	*****
9	0.0957	5.04	60.55	*****
10	0.0921	4.85	65.40	*****
11	0.0894	4.70	70.10	*****
12	0.0881	4.64	74.74	*****
13	0.0850	4.47	79.22	*****
14	0.0800	4.21	83.42	*****
15	0.0787	4.14	87.57	*****
16	0.0718	3.78	91.34	*****
17	0.0671	3.53	94.87	*****
18	0.0503	2.65	97.52	*****
19	0.0471	2.48	100.00	*****

**2b - Homens**

N	Auto-Valor	Porcentagem	Percentual Acumulado	
1	0.2298	12.09	12.09	*****
2	0.1339	7.05	19.14	*****
3	0.1246	6.56	25.70	*****
4	0.1133	5.96	31.66	*****
5	0.1095	5.76	37.42	*****
6	0.1081	5.69	43.11	*****
7	0.1061	5.58	48.69	*****
8	0.1002	5.28	53.97	*****
9	0.0989	5.21	59.17	*****
10	0.0975	5.13	64.31	*****
11	0.0947	4.98	69.29	*****
12	0.0908	4.78	74.06	*****
13	0.0865	4.55	78.62	*****
14	0.0830	4.37	82.99	*****
15	0.0800	4.21	87.20	*****
16	0.0730	3.84	91.04	*****
17	0.0683	3.60	94.64	*****
18	0.0530	2.79	97.42	*****
19	0.0489	2.58	100.00	*****

**Figura 3 - Visualização das associações entre o perfil reprodutivo de jovens mulheres e fatores selecionados, por intermédio do mapa gerado pela Análise de Correspondência**

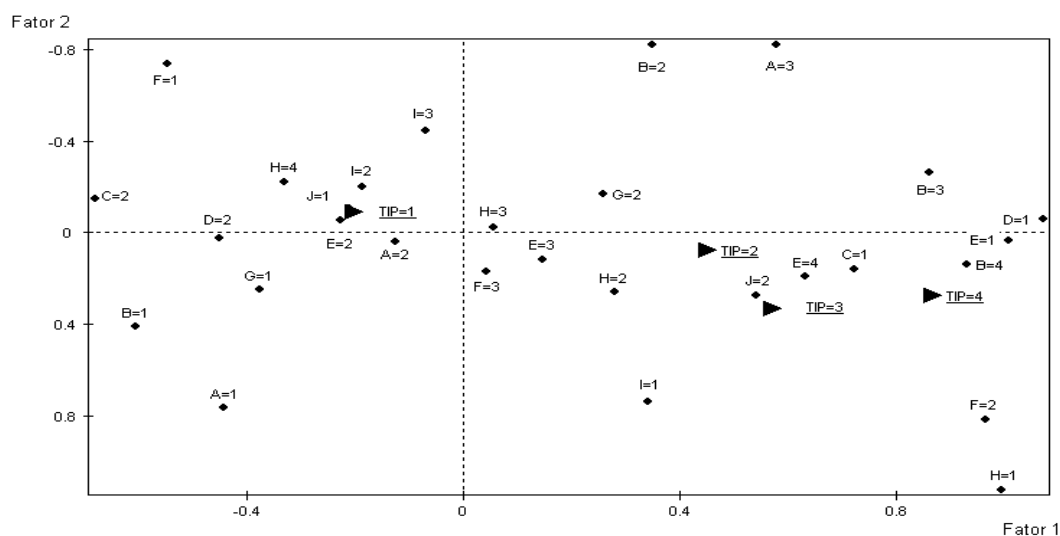


N	VARIÁVEL	SIGLA	CATEGORIAS	CONTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS	
				Fator 1	Fator 2
1	Cidade	A1	Porto Alegre	2,5	14,4
		A2	Rio de Janeiro	0,1	0,7
		A3	Salvador	3,2	18,8
			<b>5,8</b>	<b>33,9</b>	
2	Cor/Raça	B1	Branca	6,4	8,0
		B2	Parda	1,0	10,3
		B3	Preta	6,1	1,0
		B4	Indígena	0,4	0,1
			<b>14,0</b>	<b>19,4</b>	
3	Escolaridade	C1	Até ensino fundamental	10,8	1,7
		C2	Média/superior	8,5	1,3
			<b>19,3</b>	<b>3,1</b>	
4	Renda familiar <i>per capita</i> mensal	D1	Até R\$ 180,00	12,8	0,2
		D2	+ de R\$ 181,00	7,2	0,1
			<b>20,0</b>	<b>0,2</b>	
5	Religião de criação	E1	Pentecostal	3,1	0,2
		E2	Católica	0,7	0,4
		E3	Outras religiões	0,2	0,6
		E4	Nenhuma religião	2,4	2,1
			<b>6,4</b>	<b>3,3</b>	
6	Idade ao primeiro trabalho	F1	Nunca trabalhou ou começou aos 19 e + anos	1,2	3,5
		F2	Menos de 14 anos	4,6	1,6
		F3	Entre 14 a 18 anos	0,0	1,3
			<b>5,8</b>	<b>6,4</b>	
7	Conversa com mãe sobre gravidez e contracepção	G1	Sim	2,7	1,3
		G2	Não	2,4	1,2
			<b>5,1</b>	<b>2,5</b>	
8	Responsabilidade pelas tarefas domésticas	H1	Principal responsável	5,3	6,0
		H2	Dividia as tarefas	1,2	0,9
		H3	Ajudava nas tarefas	1,2	0,5
		H4	Nenhuma	3,3	0,0
			<b>10,9</b>	<b>7,5</b>	
9	Idade da iniciação sexual	I1	Até 15 anos	3,5	9,3
		I2	Entre 16 e 17 anos	0,3	0,5
		I3	18 e mais anos	1,5	12,4
			<b>5,2</b>	<b>22,2</b>	
10	Uso de contraceptivos na iniciação sexual	J1	Sim	2,1	0,4
		J2	Não	5,4	1,1
			<b>7,6</b>	<b>1,5</b>	

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens mulheres de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), excluídas as que se declararam virgens (18,4%) e aquelas grávidas (5,3%) no momento da entrevista

**Figura 4 - Visualização das associações entre o perfil reprodutivo de jovens homens e fatores selecionados, por intermédio do mapa gerado pela Análise de Correspondência**



N	VARIÁVEL	SIGLA	CATEGORIAS	CONTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS	
				Fator 1	Fator 1
1	Cidade	A1	Porto Alegre	2,9	14,9
		A2	Rio de Janeiro	0,2	0,0
		A3	Salvador	4,8	16,9
				<b>8,0</b>	<b>31,8</b>
2	Cor/Raça	B1	Branca	8,3	6,5
		B2	Parda	1,1	10,2
		B3	Preta	6,8	1,1
		B4	Indígena	2,5	0,1
		<b>18,7</b>	<b>17,9</b>		
3	Escolaridade	C1	Até ensino fundamental	11,0	0,9
		C2	Média/superior	10,4	0,8
			<b>21,4</b>	<b>1,7</b>	
4	Renda familiar <i>per capita</i> mensal	D1	Até R\$ 180,00	14,7	0,1
		D2	+ de R\$ 181,00	6,2	0,0
			<b>20,9</b>	<b>0,1</b>	
5	Religião de criação	E1	Pentecostal	2,9	0,0
		E2	Católica	1,6	0,2
		E3	Outras religiões	0,1	0,1
		E4	Nenhuma religião	2,1	0,3
			<b>6,7</b>	<b>0,6</b>	
6	Idade ao primeiro trabalho	F1	Nunca trabalhou ou começou aos 19 e + anos	3,7	11,7
		F2	Menos de 14 anos	5,5	6,8
		F3	Entre 14 a 18 anos	0,0	1,3
			<b>9,3</b>	<b>19,7</b>	
7	Conversa com mãe sobre gravidez e contracepção	G1	Sim	2,5	1,9
		G2	Não	1,7	1,3
			<b>4,2</b>	<b>3,1</b>	
8	Responsabilidade pelas tarefas domésticas	H1	Principal responsável	1,5	3,4
		H2	Dividia as tarefas	0,6	0,8
		H3	Ajudava nas tarefas	0,1	0,0
		H4	Nenhuma	1,6	1,2
			<b>3,7</b>	<b>5,4</b>	
9	Idade da iniciação sexual	I1	Até 14 anos	1,5	11,8
		I2	Entre 15 e 16 anos	0,6	1,2
		I3	17 e mais anos	0,1	4,3
			<b>2,2</b>	<b>17,4</b>	
10	Uso de contraceptivos na iniciação sexual	J1	Sim	1,4	0,6
		J2	Não	3,5	1,6
			<b>4,9</b>	<b>2,2</b>	

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens homens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), excluídos os que se declararam virgens (7,0%) e aqueles cujas parceiras estavam grávidas no momento da entrevista (5,6%)



**Artigo II**  
*Atitudes frente à primeira gravidez:  
As ambiguidades na decisão por um  
aborto*

## **INTRODUÇÃO**

Na vasta literatura sobre o tema do aborto, os aspectos relacionados à decisão de interrupção da gravidez são pouco explorados (Sihvo et al., 2003) e permanecem como um desafio neste campo (Törnborn et al., 1999). Os estudos que enfocam o processo dessa decisão adotam diferentes abordagens teóricas e metodológicas, tornando difícil uma comparação interna do material produzido (Sihvo et al., 2003). Na maior parte dos casos, trata-se de trabalhos de pesquisa qualitativa, desenvolvidos em países onde a prática do aborto é legalizada; abordam, mediante entrevista, mulheres em diferentes momentos, seja durante seu contato com os serviços de saúde para formalização da demanda de aborto ou após este procedimento.

Como um primeiro tópico relevante nesses estudos, destaca-se que, embora a decisão de interromper a gestação transcorra em um curto período de tempo, ela remete a "temporalidades mais vastas", que se conectam a elementos da história pessoal das mulheres, aos seus planos futuros e aos projetos do casal (Donati et al., 2002). Neste ponto, cabe notar que, se a difusão da contracepção moderna possibilitou aos casais um maior controle quanto ao momento adequado de ter filhos, esta decisão permanece orientada por modelos, normas e sistemas de valores diferentes, segundo o meio social. Assim, a escolha de continuidade ou interrupção de uma gravidez deve ser analisada a partir da compreensão do momento em que este evento se inscreve na biografia da mulher, devendo ser consideradas não só as condições imediatas — psicológicas, materiais, organizacionais, posição do parceiro quanto à gravidez —, mas também mediatas — trajetória passada, representações sobre maternidade, sistema de valores sobre procriação. E, embora existindo o desejo e mesmo o projeto de um filho, naquele dado momento pode-se avaliar sua realização como inviável (Donati et al., 2002).

Interromper uma gestação é, portanto, uma decisão que comporta ambivalências e ambigüidades. Estas são, aliás, noções muito presentes nas investigações sobre o tema, apesar das dificuldades notórias de definição clara e, por conseqüência, de operacionalização que as caracterizam — e que restringem as possibilidades de comparação das análises pautadas sobre elas (Törnborn, et al., 1999). Mesmo para as mulheres que consideram ter sido sua decisão racional, tendo pensado e falado sobre essa possibilidade antes do conhecimento da gravidez, essa experiência é descrita como muito complexa (Ramirez-Galvez, 1999; Kero et al., 2001).

As atitudes e os comportamentos que resultam em nascimentos previamente indesejados têm sido definidos como sendo de responsabilidade única das mulheres, negligenciando-se a influência das atitudes do parceiro, da família e dos amigos na decisão de interromper ou continuar a gravidez (Zabin et al., 2000). Muitos estudos, porém, apontam a parceria como um dos fatores mais importantes na decisão em foco (Zavodny, 2001; Zabin et al., 2000). Estes últimos autores registraram, por exemplo, que mulheres que não queriam ter filhos com um parceiro específico estavam duas vezes mais propensas que as demais a interromper a gravidez.

Contudo, mais do que as características do parceiro, parece ser a natureza da relação conjugal, ou seja, o *status* ou legitimidade do casal o aspecto mais relevante para a atitude frente à gravidez. Assim, a despeito da multiplicidade dos arranjos familiares existentes na atualidade, o projeto de um filho exige ainda, socialmente, a existência de um casal, engajado em uma relação estável (Söderberg et al., 1997; Kero et al., 2001; Donati, et al., 2002). Esta necessidade do casal traduziria a representação dominante que valoriza a chegada do filho sob certas condições (Heilborn et al., 2002; Donati, et al., 2002; Boltanski, 2004), a qual traz a idéia subjacente de que este tem o direito de ser desejado por ambos e ser recebido em um ambiente favorável a seu pleno

desenvolvimento. O filho é assim alvo de um grande investimento afetivo, devendo ser assegurada, para sua chegada, uma situação tal que garanta a possibilidade de que lhe será oferecido o melhor. Diante disso, a responsabilidade das mulheres frente à esse filho destaca-se como um tema transversal nos estudos deste campo, contrastando com a percepção difundida de que elas escolhem abortar por razões de conveniência própria (Finer et al., 2005).

No âmbito dessa discussão, torna-se necessário distinguir os motivos alegados para a decisão de abortar — seu “porquê” — do contexto e das circunstâncias em que esta decisão se constrói — o “como” — embora assinalando-se a artificialidade desta distinção, entre elementos tão estreitamente relacionados (Kero et al., 2001).

Os motivos para a interrupção da gravidez, relatados por mulheres pesquisadas em diversos contextos sociais, são muito variados. No entanto, algumas regularidades podem ser constatadas. Assim, entre mulheres sem filhos, são alegações freqüentes: a necessidade de postergar a maternidade para possibilitar a continuação de estudos ou trabalho, bem como a ausência de parceiro (Bankole et al., 1998, AGI, 1999). A falta de recursos financeiros, embora seja apontada como não-determinante em um estudo brasileiro (Costa et al., 1995), é citada como um dos principais motivos para a decisão do aborto, segundo pesquisas realizadas em outros países subdesenvolvidos (Uygur & Erkaya, 2001), ou a partir de relatos de mulheres norte americanas caracterizadas como não brancas, pobres e jovens com menos de 24 anos (Finer et al., 2005). A limitação de recursos financeiros é um motivo que, quando mencionado, associa-se à idéia de responsabilidade; mais do que a atitude de permitir a continuidade da gravidez, a decisão de abortar expressaria uma ação de responsabilidade (Peres, 2003).

Sobre os aspectos psicológicos e emocionais que influenciam a decisão de um aborto, ainda são poucos os estudos (Costa et al., 1995). Contudo, sabe-se que a atitude

das mulheres diante da gravidez é de difícil apreensão, e as razões explicitadas não devem subsumir outros fatores, inconscientes, que expressam ambivalências relativas ao desejo de ter o filho (Bachelot, 2002).

Quanto ao contexto da decisão, outros atores encontram-se envolvidos, geralmente ajudando a construí-la, desempenhando, portanto, um papel ativo nesse processo. O grau de influência varia segundo as diferentes fases do ciclo de vida da mulher (Sihvo et al., 2003). Nas sociedades ocidentais modernas, as normas sociais, ao definirem uma época ideal para a chegada de um filho, fazem com que o momento do ciclo de vida e do percurso sentimental sejam relevantes, terminando por excluir outros "tempos biográficos" – mulheres muito jovens, ou outras com relações afetivo-sexuais iniciantes ou em crise (Donati et al., 2002).

Para as jovens, considera-se que as prioridades devem ser os estudos e o investimento no desempenho profissional, em detrimento dos projetos parentais; um filho poderia interferir em planos que se projetam para o futuro, pois elas supostamente, não dispõem, nessa fase da vida, de autonomia material e financeira para arcar com a realização de seus projetos. Assim, estudos em diferentes países registram alguns motivos, relacionados de modo recorrente por mulheres jovens, quanto à decisão de interromper a gravidez; destacadamente, citam a percepção da gravidez como obstáculo às aspirações escolares e profissionais (mais freqüente entre aquelas com maior capital sociocultural) (Durand et al., 2002; Sihvo et al., 2003; Pirotta & Schor, 2004). As mulheres jovens também mencionam, como motivos para induzirem um aborto, problemas com o parceiro ou o fato de se considerarem ainda demasiado jovens (Söderberg et al., 1997; Bankole et al., 1998; AGI, 1999).

Entre mulheres jovens parece haver maior hesitação sobre o momento de anunciar a gravidez, retardando a notícia para a família ou temendo uma reação negativa

em ambientes mais restritivos, onde sua atividade sexual não é reconhecida; ou mesmo ao contrário, em relação a contextos sociais mais liberais, com as jovens sentindo-se culpadas por estarem grávidas apesar de a família ter lhe franqueado acesso a métodos contraceptivos, como parte de uma atitude de aceitação de sua atividade sexual (Durand et al., 2002).

Assim, presume-se que as jovens estariam expostas a situações de maior pressão familiar. Considerando que, na juventude, a dependência financeira em relação aos pais permanece para a maioria delas, essas condições materiais podem adquirir relevância para a decisão frente à gravidez. Neste caso, destaca-se como fundamental o papel da família de origem, com interferência direta sobretudo das mães (Durand et al., 2002), ou indireta (Evans, 2001), tanto para dissuadir a filha de interromper a gravidez, como tolerando ou mesmo sugerindo o aborto, principalmente quando a continuidade dos estudos ou o projeto profissional naquele momento são considerados prioritários (Durand et al., 2002; Peres, 2003).

Muitos e distintos fatores convergem, portanto, para a decisão de abortar ou levar a gravidez a termo. Elementos objetivos e subjetivos interagem, com pesos diferentes para cada uma das envolvidas, nessa decisão que se constrói em meio a uma multiplicidade de razões que se articulam, hierarquizando-se diferentemente para as diversas mulheres (Donati, et al., 2002). Entretanto, o tema da decisão do aborto é bem pouco explorado, não só mundialmente, conforme já registrado mais acima, mas também, especificamente, no Brasil. Os escassos estudos sobre essa temática no país têm sido conduzidos, sobretudo nas disciplinas das ciências humanas, mediante pesquisas de natureza qualitativa (Ramirez-Galvez, 1999; Pedrosa & Garcia, 2000). No campo da Saúde Coletiva, são ainda mais raros os exemplos de investigações específicas sobre o tema (Costa et al., 1995); alguns trabalhos discutem aspectos da

decisão do aborto, mas não particularmente, e sim entre outras questões enfocadas (Bruno & Bailey, 1998; Pirotta & Schor, 2004).

Na Pesquisa GRAVAD, um amplo estudo multicêntrico sobre juventude, sexualidade e reprodução, com jovens de ambos os sexos em três capitais brasileiras, o tema da decisão do aborto foi objeto de análise específica, a partir do material produzido através de entrevistas semi-estruturadas com jovens de camadas populares e médias daquelas capitais selecionadas (Peres, 2003). As entrevistas foram realizadas na etapa qualitativa que precedeu a realização de um inquérito domiciliar. Essa autora identificou no discurso dos jovens, ao relatarem a construção da decisão frente à gravidez na adolescência, um *continuum* entre não ter pensado na possibilidade do aborto, sua cogitação, tentativa e efetivação. Contrapondo-se a uma visão reducionista quanto à atitude frente ao aborto, que apenas comportaria tê-lo realizado ou não, Peres (2003:40) argumenta que sua cogitação ou tentativa fazem "*parte do esquema interpretativo do jovem*", integrando-as como alternativas possíveis ante a descoberta da gravidez, sobretudo no início das suas trajetórias reprodutivas.

O presente trabalho, que também se insere no âmbito da pesquisa GRAVAD, pretende analisar a atitude inicial de jovens mulheres frente à primeira gravidez, relacionada com suas características pessoais e da relação com o parceiro, das reações deste e das famílias envolvidas, buscando evidenciar a associação destes elementos com a decisão final adotada.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal que envolveu um inquérito domiciliar, realizado entre outubro de 2001 a fevereiro de 2002, em amostra representativa de

mulheres e homens, de 18 a 24 anos, residentes em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Para os propósitos deste estudo, voltado aos aspectos da decisão frente à gravidez, foram considerados apenas os dados das mulheres com história de gravidez, que responderam questões sobre sua própria experiência, dentre as 2447 entrevistadas. Também para efeito desta análise, foram considerados exclusivamente os dados referentes ao primeiro episódio reprodutivo relatado pelas jovens, independente do seu resultado final, excluindo-se 5,3% daquelas grávidas no momento da realização da entrevista, já que nestes casos o desfecho da gestação ainda não se encontrava definido.

Para constituição da amostra, tomou-se em consideração as estimativas de gravidez obtidas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (BEMFAM, 1997), de 25,3% e 34,8%, entre mulheres aos 18 anos e aos 19 anos, respectivamente, estipulando-se um tamanho amostral de 1500 jovens em cada cidade, levando-se em conta possíveis perdas de 20%.

Inicialmente, em cada cidade, procedeu-se à estratificação dos setores censitários, em cinco estratos, com base na renda média e escolaridade do chefe do domicílio. Em cada estrato, foi selecionado um conjunto de setores com probabilidades proporcionais ao número de jovens de 18 a 24 anos no setor, de acordo com a Contagem Populacional, realizada em 1996. Um cadastramento prévio das residências ocupadas em cada um dos setores censitários sorteados permitiu identificar os domicílios particulares onde residiam jovens na faixa etária de interesse da pesquisa.

Num segundo estágio, foram sorteados para realização da entrevista, pela coordenação da pesquisa, 33 domicílios em cada setor. No terceiro e último estágio, após elaboração da listagem com todos os jovens de 18 a 24 anos em cada domicílio, identificou-se entre os elegíveis, aquele/a cujo dia e mês do aniversário fosse o primeiro no ano civil, desconsiderando-se o ano de nascimento. A opção de selecionar apenas



um/a jovem por domicílio objetivou não só evitar um efeito de conglomeração, como também garantir uma distribuição geográfica mais ampla dos entrevistados no território da cidade.

Um questionário padronizado foi aplicado, em entrevista face a face, por uma equipe de entrevistadores, composta de estudantes de graduação ou profissionais das áreas de Ciências Humanas, de ambos os sexos, com idade próxima àquela dos entrevistados e treinados para a atuação específica nesta pesquisa. O questionário continha blocos relativos a informações sócio-demográficas, a trajetórias afetivo-sexual, de estudo e de trabalho, a atitudes e valores sobre sexualidade, à primeira e última gravidez e seus desdobramentos. Especificamente sobre o primeiro evento reprodutivo, perguntava-se: "*A gravidez resultou em*" (questão única e estimulada), com as seguintes alternativas: "*no nascimento de uma criança*"; "*em aborto espontâneo*"; "*em aborto provocado*". Além de dados relativos às características da jovem e do seu parceiro, indagava-se sobre a sua intenção quanto à relação, quanto à gravidez e ao uso de contraceptivos. A atitude inicial da moça, do seu parceiro e das famílias de ambos permitiram a caracterização das reações imediatas frente à gravidez.

Todos os questionários aplicados foram revisados, tendo sido realizado um novo contato pessoal ou telefônico com 20% dos jovens investigados para checagem de questões selecionadas; especificamente sobre a experiência prévia de gravidez, no reteste obteve-se um alto percentual de concordância com o dado obtido no inquérito (99,8%) (Heilborn et al., 2006).

Para a estruturação do banco de dados foi utilizado o software EPIINFO (versão 6.04), com dupla digitação dos dados, de forma independente. Posteriormente, este banco foi exportado para o STATA (versão 8.0), dada a possibilidade de incorporação na análise do efeito do desenho e da ponderação, na estimativa dos parâmetros. O

cálculo dos pesos baseou-se nas probabilidades com que foram selecionadas as unidades em cada estágio.

A variável resposta foi construída a partir da informação das jovens acerca da atitude inicial ao saber da gravidez. A pergunta que a originou — *“O que você fez quando soube da gravidez?”* — comportava a escolha de uma única alternativa entre as oferecidas (*“Quis casar/morar com parceiro”*; *“Aceitou a gravidez, mas não quis casar/morar com o parceiro”*; *“Aceitou a gravidez, pedindo ou não apoio aos familiares”*; *“Quis abortar”*; *“Tentou abortar”*; *“Outras”*). As respostas foram agregadas, levando-se em consideração a possibilidade do aborto, o que produziu uma variável com três categorias: “Não incluiu abortar” (reações de aceitação da gravidez, de indiferença e outras que, mesmo quando negativas, não comportavam uma menção à possibilidade de aborto); “Cogitou abortar”; “Tentou abortar”.

Análises bivariadas foram inicialmente empreendidas para identificação dos fatores associados à atitude inicial ante a gravidez, relativos ao perfil sociofamiliar, ao contexto da relação com o parceiro e das reações deste e das famílias de ambos com a notícia. Um indicador de mobilidade escolar foi construído (Heilborn et al., 2006), com dados da escolaridade da mãe e da própria jovem, conformando três categorias: ambas com nível médio e superior; ambas com ensino fundamental ou mobilidade descendente (jovem com ensino fundamental e mãe com nível médio ou superior; mobilidade ascendente (jovem com nível médio ou superior e mãe com ensino fundamental). Do mesmo modo, para o indicador “Intenção e atitude prévias à gravidez”, dados acerca da intenção prévia quanto à gravidez foram conjugados àqueles relativos ao uso de contraceptivos, resultando em duas alternativas: *“1-Não queria engravidar e usava contraceptivos”* e *2- Demais situações, que englobavam “tentando engravidar”,*

*“queria engravidar mais tarde” e “ não pensava no assunto”*, independente do uso de contraceptivos.

Para as reações iniciais do parceiro da gravidez e das famílias de ambos, as respostas às perguntas originais foram agrupadas, contrapondo-se as que mencionavam uma sugestão de aborto às demais — que, por sua vez, incluíam não só reações de aceitação mas também de rejeição da gravidez, embora excluindo a menção a um possível aborto. Especificamente quanto à reação do parceiro, a alternativa "Demais atitudes" envolve *“Ele ficou contente”, “Não ligou muito”, “Não acreditou que o filho era dele”, “Sumiu quando soube da gravidez”*. Estas duas últimas categorias alcançaram percentuais mínimos, respectivamente de 5,3% e 2,8%. Para a reação das famílias, esta alternativa engloba *“Ficou contente”, “Disse que ajudaria a cuidar do bebê” e “Exigiu que casassem”*, acrescentando-se, para a família da jovem, a opção *“Expulsou você de casa”* e para a família do parceiro *“Duvidou que o filho fosse do parceiro”*. As duas últimas categorias corresponderam também a percentuais de pequeno valor, respectivamente, 2,7% e 5,9%.

As diferenças entre proporções foram testadas quanto à significância estatística através do  $\chi^2$  de *Pearson*, com a correção de segunda ordem de *Rao* e *Scott* ao nível de 5%. A magnitude da associação entre a variável resposta e os fatores selecionados foi obtida pelo cálculo da *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95%.

Considerando-se que a variável dependente tem três categorias, foi utilizada a análise de regressão logística politômica, valendo-se nas comparações efetuadas da alternativa *“Não incluiu abortar”* como categoria de referência. Na análise de regressão, algumas variáveis foram dicotomizadas para otimizar a descrição e a análise estatística. O indicador *“mobilidade escolar”* não foi incluído no modelo de regressão pela superposição de informação com a escolaridade da jovem. A escolha das variáveis para

compor o modelo foi feita considerando o resultado das análises bivariadas prévias, tendo sua entrada no modelo realizada através da estratégia *backward*, utilizando-se um nível de significância de 10%.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das universidades que a conduziram. Todos os aspectos éticos foram assegurados; facultou-se aos entrevistados a liberdade de recusa ou interrupção da entrevista a qualquer momento, sendo garantidos, também, o anonimato e a confidencialidade das respostas.

## ***RESULTADOS***

### ***A primeira gravidez como um evento não previsto***

O primeiro evento reprodutivo pode ser qualificado como não previsto para a ampla maioria das 801 moças que declararam já ter engravidado, já que, excluídos casos sem informação, apenas 16,8% informaram que tentavam engravidar quando ocorreu a gravidez. Porém, algumas incoerências foram detectadas quando da análise do uso de contraceptivos, um indicativo objetivo, da intenção de não engravidar: foi majoritário o grupo que relatou não usar qualquer método, independente da intenção prévia quanto à gravidez. Mesmo entre as jovens que mencionaram não querer engravidar na ocasião, o uso de alguma proteção para evitar a gravidez foi de apenas 37,3%. Este percentual foi menor entre aquelas que admitiram querer engravidar mais tarde (34,8%) ou que alegaram nem pensar no assunto (30,2%) (Tabela 1).

### *Atitude inicial das jovens frente à primeira gravidez*

A maioria das entrevistadas relatou uma atitude inicial de aceitação da gravidez. 71,6% delas informaram reações que não incluíram a possibilidade de interrompê-la. 16,1% delas disseram, porém, ter cogitado realizar o aborto e 12,3% declararam ter tentado efetivá-lo (Tabela 2).

Analisando-se o perfil sociofamiliar do grupo das jovens cuja reação inicial não incluía menção ao aborto, comparativamente às demais, constata-se que elas eram um pouco mais velhas (23,3% tinham vinte ou mais anos) e tinham baixa escolaridade, assim como suas mães, na maioria dos casos (Tabela 2). A exploração das circunstâncias que envolvem a gravidez revelam importantes diferenças estas jovens e as demais; elas estavam majoritariamente situadas em contextos relacionais estabelecidos, e 67% referiram já estarem casadas ou unidas, ou com a intenção de fazê-lo, quando engravidaram. Observa-se também, entre elas, o menor percentual (10,5%) das que declararam que não queriam engravidar e que estavam em uso de contraceptivos quando ocorreu a gravidez (Tabela 3). Mas é sobretudo da observação das reações do parceiro e de ambas as famílias diante da gravidez que emerge mais claramente a singularidade desse grupo: seus percentuais referentes à sugestão do aborto pelo parceiro (6,5%) ou pela família dele (4,6%) ou pela sua própria (7,5%) são os menores e, entre essas moças, foram também mais baixos os índices relativos a situações em que elas não comunicaram a gravidez a estas pessoas (Tabela 3).

Já as entrevistadas que disseram ter cogitado interromper a gestação, diferentemente das anteriores, eram em sua grande maioria ainda adolescentes ao engravidar (89,2%). Formavam um grupo heterogêneo, com parte delas oriundas de famílias de renda mais elevada (49,7%) e sendo mais escolarizadas – quase a metade

(45,1%) tinha nível médio ou superior de instrução, assim como suas mães, ou situavam-se em mobilidade escolar ascendente (Tabela 2). Também de forma distinta das primeiras jovens, uma parcela significativa daquelas que informaram ter cogitado o aborto estava envolvida em um contexto afetivo-sexual ainda não consolidado ou mesmo em crise – 44,8% declararam que não queriam casar ou não pensavam no assunto e 15% que queriam terminar a relação com o parceiro. Ainda, identificou-se neste grupo o percentual mais elevado das que declararam que não tinham pretendido engravidar, e que isto ocorreu quando procuravam evitá-lo, com o uso de contraceptivos (28,3%) (Tabela 3). Também, neste grupo, as reações frente à gravidez foram mais negativas, com o relato aproximadamente três vezes maior de sugestões que incluíam a sua interrupção, em comparação ao grupo anteriormente referido, tanto por parte de seu parceiro (19,6%) como de sua própria família (23,7%) (Tabela 3).

Quanto às jovens que informaram ter tentado a interrupção da gravidez, observam-se características sociodemográficas semelhantes às daquelas do primeiro grupo que declararam não cogitar o aborto, tais como o nível mais baixo de escolaridade e a proveniência de famílias de renda inferior (Tabela 2). Entretanto, elas também compartilham características semelhantes às das jovens que cogitaram interromper a gestação, tanto no que diz respeito à frágil relação com o parceiro, quanto às reações desfavoráveis deste e de sua própria família quando do anúncio da gravidez. Assim, das que declararam ter chegado a tentar interromper a gravidez, quase a metade não tinha um vínculo consolidado com seu parceiro, tendo recebido deste e dos seus familiares uma sugestão para abortar em, respectivamente, 30,4% e 24,9% dos casos (Tabela 3).

Chamam a atenção, ainda, os altos percentuais de não comunicação da gravidez às famílias dos parceiros e, em menor grau as próprias famílias, tanto por parte das

jovens que informaram ter cogitado abortar como entre aquelas que disseram ter tentado realizá-lo (Tabela 3).

Variáveis como raça/cor auto-referida, a religião "de criação" e idade do parceiro à época da gravidez não se mostraram associadas à atitude inicial da jovem ao constatar sua gravidez (Tabelas 2 e 3).

Na análise de regressão — considerado como grupo de referência o subconjunto das jovens cujas reações ao saber que estavam grávidas não incluíam um aborto — verificou-se que a atitude inicial de cogitar a possibilidade deste procedimento esteve mais fortemente associada a variáveis concernentes a reações do parceiro (OR 3,1; 95% IC 1,4-6,8) e da família da jovem (OR 3,3; 95% IC 1,3-8,7) na qual a sugestão explícita de aborto havia sido feita. Também permaneceram, no modelo final, variáveis relativas à declaração de uma relação ainda não consolidada ou em crise (OR 2,9; 95% IC 1,7-4,8); de uma intenção prévia de não engravidar, estando em uso de contraceptivos (OR 2,6; 95% IC 1,2-5,6); e de um nível médio ou superior de escolaridade (OR 2,4; 95% IC 1,2-4,6).

Quanto à atitude inicial de tentativa de aborto, verificou-se que a reação do parceiro (OR 7,4; 95% IC 3,5-15,9) e, em menor intensidade, a da família da jovem (OR 2,8; 95% IC 1,1-6,9) permaneceram no modelo final.

### ***Desfechos da primeira gravidez***

O nascimento de um filho ocorreu como o desfecho mais recorrente da gravidez em questão, sobretudo entre aquelas cuja atitude inicial não incluiu a possibilidade do aborto (84,2%); apenas 5,2% (IC 95% 3,3-8,2) destas jovens informaram ter posteriormente interrompido a gravidez. O aborto provocado foi declarado, entretanto,

como resultado de quase a metade das gravidezes das jovens que o haviam inicialmente cogitado (46,3%; IC 95% 33,0-60,2%) e de mais de um terço daquelas que tentaram interromper a gestação tão logo souberam dela (34,0%; IC 95% 22-48,4%). O relato de aborto espontâneo alcançou valores pequenos nos três grupos (Gráfico 1).

Observando-se conjuntamente a atitude inicial da jovem ante a gravidez e o desfecho desta, constata-se que a alternativa do aborto, efetivada ou não, fez-se presente nos relatos de 210 entrevistadas (28,4%). Dentre estas, excluídas aquelas que disseram ter desde o início cogitado abortar ou tentado fazê-lo e conseguiram de fato (83 moças), dois outros grupos, cuja atitude inicial diverge da decisão final adotada, devem ser destacados (dados não apresentados).

No primeiro desses grupos estão 127 jovens (16,8%) que embora informassem ter cogitado ou tentado abortar de imediato, decidiram levar a gestação a termo. Assim como aquelas que declararam ter aceito a gravidez desde o início, estas apresentavam baixa escolaridade, em sua maioria (76,8%), e renda familiar *per capita* inferior (78,4%). Diferiam das primeiras, contudo, porque reportavam um contexto relacional menos estabelecido, com cerca de metade delas afirmando que não queria casar ou não pensava no assunto (37,3%) ou que queria se separar do parceiro (14,5%) quando engravidou ( $p=0,0000$ ). Também, neste grupo, as reações frente à gravidez foram mais negativas, ainda que não se equiparassem àquelas relatadas pelas jovens que abortaram. Entre as moças deste primeiro grupo, a clara alusão ao aborto realizada pelo parceiro (19,5%) e pela sua própria família (18,0%) alcançou percentuais mais elevados, assim como foi maior a proporção de famílias dos parceiros que não foram informados da gravidez (24,9%) (valores de  $p=0,0000$ ) (dados não apresentados).

Um segundo e pequeno grupo abrange 28 jovens (3,7%) que, embora declarando não terem cogitado ou tentado abortar, terminaram por interromper a gravidez. Estas



moças, com um perfil próximo daquelas que pretenderam abortar desde o início, tinham maior instrução (54,2% tinha nível médio ou superior de escolaridade) e renda familiar *per capita* mais elevada (67,8% superior a R\$ 181,00); 33,2% delas informaram que seus parceiros sugeriram um aborto, tendo 20,6% recebido sugestão semelhante de suas próprias famílias. Contudo, elas apresentam certa similaridade em relação às jovens que aceitaram a gravidez desde o início: a característica de maior estabilidade na relação com o parceiro (57,4% era casada/unida ou tinha pretensões de fazê-lo) (dados não apresentados).

## ***DISCUSSÃO***

Os resultados do presente estudo confirmam dados de pesquisas anteriores acerca da heterogeneidade das mulheres em sua atitude face à gravidez, particularmente quando esta ocorre na adolescência (Dadoorian, 1996; Le Van, 1998; Heilborn et al., 2002; Peres, 2003; Aquino et al., 2003).

Entre as jovens pesquisadas, esse primeiro evento reprodutivo pode ser considerado não previsto, pois apenas uma pequena parcela destas (16,8%) mencionou estar tentando engravidar na ocasião. As demais, em sua maioria, disseram não querer uma gravidez naquele momento, querê-la mais tarde ou não pensar no assunto — embora, majoritariamente, não usassem qualquer contraceptivo. Mesmo entre as jovens que, de modo explícito, mencionaram não querer engravidar naquele momento, a referência à utilização de algum método contraceptivo não foi expressiva (37,3%), estando estas mais representadas entre os grupos que cogitaram e tentaram abortar.

A análise da atitude inicial frente à gravidez evidenciou que a maior parcela das entrevistadas declarou não haver cogitado um aborto ou tentado realizá-lo. Jovens, na

sua maioria, de baixa escolaridade e renda familiar, mencionaram relações estabelecidas com parceiros. Estes, assim como as famílias de ambos, apresentaram atitudes favoráveis ao prosseguimento da gravidez e, embora reações negativas possam ter ocorrido, não incluíram sugestão explícita de aborto; ou seja, ainda que essa gravidez possa não ter sido prevista, foi posteriormente aceita pelo casal, em um ambiente familiar favorável à sua continuidade. Neste grupo, estão incluídas moças que estavam tentando engravidar, assim como as casadas ou unidas, além daquelas vivendo situações em que um desejo hesitante quanto à gravidez provavelmente favoreceu sua aceitação, antecipando um projeto futuro.

Embora tenha sido predominante a aceitação inicial da gravidez, em quase 1/3 dos casos o aborto foi cogitado enquanto possibilidade, ou efetivamente tentado. Neste ponto, alguns aspectos característicos daquelas que informaram estas duas últimas atitudes devem ser destacados: 1) os sociofamiliares, que distinguem as entrevistadas que cogitaram abortar das demais, com quase metade delas tendo escolaridade mais elevada (igual ou superior à da mãe) e origem social em famílias de renda mais alta. 2) aqueles relativos ao contexto da relação amorosa que, neste caso, evidenciam semelhanças entre as jovens que cogitaram abortar e as que tentaram fazê-lo: em ambos os casos, elas estavam inseridas em relações ainda não consolidadas, bem como alegavam menos frequentemente uma intenção prévia de engravidar. 3) aspectos relativos às atitudes do parceiro e das famílias diante da gravidez: as jovens que admitiram ter cogitado e, sobretudo, aquelas que disseram ter tentado interromper a gravidez relataram com maior frequência situações em que o aborto lhes foi sugerido pelos parceiros e por seus próprios familiares. Estes últimos fatores foram confirmados na regressão logística como os que mais fortemente se associaram à cogitação e à tentativa do aborto na população estudada.

Merecem ser aprofundadas, em análise futura, as situações em que há discordância dos parceiros quanto à decisão frente à gravidez. Os resultados deste estudo indicam que as atitudes de cogitação e tentativa do aborto estão associadas a posições divergentes da jovem e do parceiro, confirmando dados das entrevistas qualitativas da Pesquisa GRAVAD (Peres, 2003). Outros trabalhos (Ramirez-Galvez, 1999; Donati, et al., 2002) já haviam destacado a diversidade das reações do casal envolvido, em contextos de acordo ou desacordo sobre o aborto, em que as possibilidades de negociação dependem do grau de autonomia material e afetiva de cada um, para resultar em decisão consensual ou unilateral.

Sobre a atitude inicial e o desfecho da gravidez, é importante enfatizar que, ao serem considerados em conjunto, resultam em novos aspectos, o que confirma a heterogeneidade do universo das jovens estudadas, em seu comportamento frente à gravidez e à possibilidade da sua interrupção, como já havia sublinhado Peres (2003). A partir disto, algumas características associadas a essas diversas condutas permitem delinear, sobretudo, os grupos que mudaram de opinião durante o processo de decisão.

Chama a atenção o grupo das jovens que levaram a gravidez a termo, embora tenham inicialmente cogitado abortar ou tentado fazê-lo sem êxito. Tal como aquelas que também mantiveram a gravidez, tendo-a aceitado, porém, desde o início, essas tinham baixa escolaridade e renda familiar inferior. Resultados de um estudo prospectivo em uma clínica de aborto na Suécia apontam na mesma direção: as mulheres que desistiram de abortar após terem solicitado esta intervenção (10% da amostra), são também as menos escolarizadas (Söderberg et al., 1997).

Um outro aspecto importante ressalta, entre as jovens aqui abordadas, no grupo acima especificado: apesar de sua relação menos consolidada com os parceiros, as reações negativas destes e de seus familiares, mesmo comportando com maior

frequência a sugestão do aborto (por comparação com as moças que afirmaram não ter cogitado abortar), não atingem os valores registrados pelas jovens que decidiram interromper a gravidez, tendo ou não cogitado isto anteriormente. Em outras investigações, verificou-se que uma posição favorável do parceiro (Aléx & Hammarström, 2004), assim como o apoio familiar, sobretudo das mães (Peres, 2003), desempenham um importante papel na mudança pela continuidade da gravidez. No Brasil, Costa et al. (1995), em um estudo com alunas e funcionárias de uma universidade paulista, observaram que mulheres que haviam desistido de abortar, depois de ter cogitado fazê-lo, apontaram como uma das principais razões para isto o apoio do parceiro ou da família à gravidez.

Esses autores também registraram assim como Peres (2003), entre os motivos citados para a desistência de realizar o aborto, a "falta de coragem" e o "medo das conseqüências físicas e psicológicas" — revelando a dramaticidade que a decisão de interromper a gravidez assume em países onde a prática do aborto, por ser criminalizada, realiza-se clandestinamente, nem sempre em condições técnicas e de higiene adequadas.

Não se pode descartar, entretanto, que a origem social mais desfavorecida de parte das moças do grupo em foco tenha implicado obstáculos no acesso a recursos eficazes para interrupção da gravidez. Este pode ter sido o caso das jovens que tentaram abortar sem êxito, tendo feito uso de chás e outros medicamentos para interromper a gestação, como mostram outros trabalhos (Bruno & Bailey, 1998; Peres, 2003). Todavia, é também possível, elas terem experimentado maior hesitação quanto à decisão a ser tomada e, por isto mesmo, lançado mão de recursos pouco efetivos.

Outro destaque deve ser conferido, ao pequeno grupo de entrevistadas que, ao contrário, decidiram abortar, embora tenham inicialmente informado uma aceitação da

gravidez. Entre elas, há um contingente de jovens de maior escolaridade e renda familiar *per capita* mais elevada; com perfil semelhante, portanto, àquele das jovens que optaram pelo aborto desde o início. Dotadas de maior possibilidade de concluírem seus estudos e construírem uma carreira profissional, é provável que tenham reavaliado a gravidez, considerando-a como um obstáculo a essas aspirações. Além disso, entre estas moças foram observados os mais elevados percentuais de reações desfavoráveis à continuidade da gravidez, com clara sugestão de aborto tanto do parceiro como da própria família. Este é um resultado também encontrado por Bruno & Bailey (1998), ao comparar adolescentes que abortaram com aquelas que prosseguiram com a gravidez. Uma outra parte desse grupo é formada por jovens de camadas populares, cuja atitude inicial de aceitação da gravidez pode não ter sido suficiente para levá-la a termo, quando foi confrontada a constrangimentos decorrentes tanto das suas condições econômicas, quanto da ausência de um contexto relacional receptivo ao projeto de ter um filho.

Estes resultados são, em muitos aspectos, convergentes com a literatura sobre o tema, com a constatação majoritária de uma atitude inicial de aceitação da gravidez por parte das jovens ocorrendo em um contexto de grande valorização da maternidade. O perfil dessas moças aqui em foco é compatível com aquele mencionado em trabalhos de diferentes países (Singh et al., 2001), e também no Brasil. Assim, muitas moças com experiência de maternidade nesse período da vida já haviam abandonado seus estudos ou tinham uma trajetória escolar irregular (Peres, 2003; Almeida et al., 2006); freqüentemente oriundas de meios familiares com padrões de reprodução precoce, vislumbram na maternidade uma possibilidade de valorização social, adaptando-se às limitadas alternativas que se mostram socialmente disponíveis para elas (Dadoorian, 1996; Bajos et al., 2002).

Um outro aspecto que se reitera na literatura do tema diz respeito à pouca referência ao uso de contraceptivos na população estudada. Aqui, duas ordens de considerações merecem ser feitas: a primeira é referente aos limites da prática contraceptiva; a segunda, sobre a relação entre o não uso de métodos contraceptivos e a gestão do risco de engravidar.

Sobre a primeira, torna-se evidente a partir dos dados apresentados que, em menos de 40% dos casos, a primeira gravidez relatada pelas jovens pode ter-se devido a falhas contraceptivas — sendo difícil distinguir entre as situações relacionadas à ineficácia do método e aquelas devidas a incorreções no seu uso. Aquino et al. (2006) mostram que as escolhas das mulheres pesquisadas recaem basicamente sobre a pílula (14,1%) e a camisinha (11,7%), sendo residual a proporção dos demais métodos — o que define um padrão semelhante àquele encontrado por Pirotta & Schor (2004) entre jovens universitários, embora os relatos de utilização nesta população tenham sido bem mais freqüentes.

Não surpreende o registro da utilização pouco freqüente de meios para evitar a gravidez na população aqui enfocada. Ainda que se trate de um grupo jovem que iniciou sua trajetória sexual em um período de plena difusão da informação e de melhor acesso aos métodos modernos de contracepção, persistem — mesmo no caso de países que dispõem de programas de educação sexual nas escolas aliados a uma ação regular de oferta de contraceptivos pelos serviços de saúde — elevados percentuais de gravidezes consideradas não previstas, com as mulheres informando o não uso de contraceptivos (Söderberg et al., 1997; Kero et al., 2001; Larsson et al., 2002; Sihvo et al., 2003).

Neste ponto, cabe lembrar Ferrand (1994), que menciona, em uma análise da sociedade francesa, a existência de uma norma contraceptiva subjacente ao discurso e aos textos na saúde pública, que implica o uso de métodos considerados eficazes. Essa

norma é internalizada pelos sujeitos, mas várias questões estão envolvidas nas práticas contraceptivas, que por sua vez se situam entre muitas lógicas que se articulam, em meio às desigualdades de gênero. Nesse contexto, as mulheres são colocadas diante de situações de maior vulnerabilidade a uma gravidez não prevista (Bajos et al., 2002).

Conhecer os métodos contraceptivos, ter intenção de usá-los, e ser capaz de colocar em prática estas intenções depende de muitos fatores; destacadamente, a origem social, a fase em que o sujeito se encontra em sua trajetória de vida, o tipo de vínculo e o momento da relação com o parceiro (Bajos et al., 2002). No Brasil, acrescentam-se outros limites, particularmente entre jovens de camadas populares, registrando-se entre elas uma informação muitas vezes limitada e inconsistente sobre os métodos contraceptivos (Almeida et al., 2003). Além de problemas variados de acesso aos métodos, a não legitimidade da atividade sexual no período de vida das mulheres pesquisadas pode também implicar dificuldades adicionais na procura por serviços de saúde, estes quase sempre pouco preparados para atender suas demandas específicas.

Sobre a segunda consideração indicada mais acima como necessária, quanto ao não uso de métodos contraceptivos e a gestão do risco de engravidar, parece claro que o uso desses métodos expressa a preocupação racional com as conseqüências da sexualidade e pode medir a efetiva intenção de não engravidar. Estudos têm descrito que as mulheres elegem a interrupção deliberada do contraceptivo como um dos critérios para a qualificação de uma gravidez como planejada (Fischer et al., 1999). Entretanto, quando se trata de definir o evento como não planejado, não se aplica a mesma lógica (Barrett & Wellings, 2002; Fischer et al., 1999). Assim, noções como "não planejada", "não pretendida" ou "não desejada" não estão, muitas vezes, associadas à conduta contraceptiva coerente e regular; muitas mulheres, embora considerando sua gravidez como não planejada, admitem entretanto que não usavam qualquer proteção para evitá-

la, quando engravidaram (Skjeldestad, 1994, Larsson et al., 2002). Nesta direção, Fischer et al. (1999) consideram que a heterogeneidade das atitudes das mulheres com relação à gravidez não é adequadamente representada por aquelas definições.

Barret & Wellings (2002) argumentam que esses termos — planejada / não planejada, desejada / não desejada, pretendida / não pretendida — têm sido usados de forma indistinta, tratados como auto-explicativos e pouco problematizados e advertem que, para sua definição são levadas em consideração respostas dadas pelas mulheres a questões elaboradas de diferentes formas nos questionários aplicados, com vários tipos de combinações entre elas, o que traduz uma falta de clareza quanto aos conceitos que exprimem. Acrescentam ainda que as questões utilizadas tomam como referência gravidezes levadas a termo, mais do que aquelas que terminam em aborto, sempre presumidas como necessariamente indesejadas. Em um estudo qualitativo, essas mesmas autoras verificaram que as mulheres, de forma espontânea, não se valiam desses termos para qualificar suas gravidezes; e que, ao serem indagadas sobre eles, suas respostas revelavam uma variedade de formas através das quais os compreendiam. Kroelinger & Kathryn (2000), por sua vez, apontam que diferenças nas estratégias de seleção das mulheres para as pesquisas, assim como a variedade quanto ao período de gestação em que estas se encontravam, são aspectos metodológicos importantes a serem considerados ao se comparar os resultados destas investigações.

A caracterização do *status* da gravidez pelas próprias mulheres é complexa, sendo que para algumas delas, verifica-se uma fraca correlação entre a intenção prévia de engravidar e o comportamento posterior quanto à definição da gravidez (Zabin et al., 2000). Mesmo quando a consideram não planejada, as mulheres tendem a experimentar sentimentos contraditórios e podem mesmo ter uma atitude positiva ante esse evento (Kero et al., 2001). Uma gravidez definida como planejada tem, no entanto, maiores



chances de ser levada a termo (Skjeldestad, 1994). Este último autor lembra que, na literatura sobre o tema, menos de 5% das gravidezes assim definidas terminam em aborto.

Entretanto, sem menosprezar a complexidade dos aspectos discutidos, cabe acrescentar que as questões contraceptivas isoladas não são capazes de abarcar a totalidade dos fatores relacionados à intenção prévia e à atitude das mulheres frente a sua gravidez. O caráter ambivalente de seu comportamento neste caso não parece nem uma recusa deliberada ao recurso contraceptivo disponível (mesmo porque para muitas ele de fato não o é), nem apenas uma falha dos procedimentos contraceptivos. Assim, como sugere Boltanski (2004), analisando relatos de mulheres francesas, nem se pode afirmar que elas estivessem tentado clara e completamente evitar a gravidez, nem que quisessem deliberadamente engravidar, deixando para isto aberta a possibilidade de a gravidez ocorrer

Fato é que, diante da confirmação da gravidez, a decisão de abortar não é clara ou banal. Conforme foi registrado no presente estudo, mesmo sem intenção prévia de engravidar nem sempre o aborto é o resultado da gravidez; a confirmação deste evento suscita atitudes e sentimentos ambivalentes e paradoxais (Costa et al., 1995; Törnborn et al., 1999). A ambivalência destaca-se mais fortemente entre as jovens cuja atitude inicial frente à gravidez e o desfecho desta são divergentes. Assim, embora as mulheres detenham, em última instância, a prerrogativa de decidir quanto à gravidez, verifica-se, no presente estudo, a influência das relações de gênero, com o parceiro estando presente na escolha. É mínimo, aliás, o percentual de mulheres que não o informaram da gravidez (5,3%), conforme também outras pesquisas demonstram (Kero et al., 2001). O parceiro destaca-se, assim, como uma “dimensão estruturante” da decisão (Donati et al., 2002); seu apoio desempenha um papel importante, tanto na própria definição da

gravidez como desejada (Kroelinger & Katryn, 2000; Donati et al.; 2002) como para o desfecho desta, como já visto aqui. Evans (2001) descreve resultados semelhantes, ao verificar que a probabilidade de aborto é reduzida na presença do apoio do parceiro, elevando-se quando ele sugere a interrupção da gravidez.

Um importante preditor do grau de influência do parceiro na definição da gravidez é a estabilidade da relação (Törnborn, et al., 1999; Kroelinger & Katrhryn, 2000). Assim embora a estabilidade do casal não seja determinante para a decisão de não interromper a gestação, este desfecho é mais freqüente nas situações em que a entidade conjugal está ausente ou é pouco legitimada – parceiros eventuais, casais sem futuro definido, sem projeto de estabilização, casais ainda em fase de estruturação da relação ou em seu final (Donati et al, 2002).

Os dados do presente trabalho confirmam a importância do vínculo conjugal consolidado para a atitude inicial frente à gravidez e para seu desfecho. E constata, além disto, a relevância da influência das famílias, convergindo para uma informação já demonstrada em estudos brasileiros (Bruno & Bailey, 1998; Pedrosa & Garcia, 2000; Heilborn et al., 2002). Verificamos que, para ambas as famílias e principalmente para a das moças, é mais freqüente a posição em prol da manutenção da gravidez; entretanto, nos casos de aborto, efetivamente realizado ou não, aumentam os percentuais de reações familiares desfavoráveis, com sugestão de interrupção da gravidez. Não se pode desconsiderar que a omissão da notícia às famílias, particularmente à do parceiro, possa ser resultante da suposição de uma provável atitude desfavorável à gravidez.

No inquérito GRAVAD, Aquino et al. (2006) registram como principais motivos citados pelas entrevistadas para terem abortado a ausência de condições financeiras e o relato de não quererem ter filhos naquele momento; estas razões são, em grande medida, similares aquelas encontradas em outras pesquisas no Brasil (Costa et al, 1995;

Dadoorian, 1996) ou fora do país (Skjeldestad, 1994; AGI, 1999; Uygur & Erkawa, 2001; Calvès, 2002; Aléx & Hammarström, 2004). No GRAVAD, ainda que a pergunta sobre este tópico tenha comportado apenas uma alternativa de resposta, dentre as que tinham sido oferecidas às entrevistadas, os motivos apontados são semelhantes aos verificados nesses estudos, sobretudo quanto ao peso das questões financeiras (Uygur & Erkawa, 2001; Larsson et al., 2002), que nem sempre são as mais destacadas pelas mulheres em outras investigações fora do Brasil (Donati et al., 2002), ou mesmo no país, quando realizadas com mulheres de camadas médias (Costa et al., 1995).

Entretanto, a explicação da decisão de abortar privilegia algumas razões em detrimento de outras. O discurso produzido neste caso deve tanto ser aceito pela jovem, em diálogo consigo mesma, como também se dirige a um interlocutor externo, na tentativa de conferir sentido e legitimar a escolha feita (Donati et al., 2002). Para Boltanski (2004: 316), a necessidade de legitimação do aborto mediante a explicitação das circunstâncias em que ocorreu deve ser feita como uma justificação, isto é, orientada para uma esfera moral, estabelecendo esta escolha como "*um mal menor*". Analisando os relatos de mulheres francesas sobre a experiência de abortar, esse autor (2004:302) mostra, através de diferentes registros, como o aborto é apresentado como uma ação racional — "*se quis assim, pois não era o melhor momento*" —, mas também como devido a fatores externos, a "*causas independentes da sua vontade*", em um processo de racionalização que visa mostrar que "*o aborto foi escolhido porque não havia outra escolha*". Trata-se de justificativas que remetem, em última instância, ao filho, no sentido de que a decisão é tomada em seu benefício, ou seja, pela impossibilidade de lhe garantir uma vida digna (Boltanski, 2004).

Ainda, segundo outra análise (Donati et al., 2002:122), a recorrência a alegação de motivos para a decisão deve ser vista como "*expressão de um sistema de valores e de*

*normas, em concordância com as representações e os modelos sociais aos quais elas [as mulheres] aderem".* Nesta direção, Peres (2003) verifica que, entre os jovens entrevistados no âmbito da Pesquisa GRAVAD, sua posição majoritária contrária ao aborto, sobretudo daqueles inseridos em segmento popular, não permite prever a decisão de interromper ou não uma gravidez. Assim também, Leal & Lewgoy (1998), em um estudo com homens e mulheres de vilas populares no Sul do país, analisam as práticas reprodutivas e contraceptivas, incluindo o aborto, e identificam dois níveis do fenômeno: o da regra, elenco de preceitos e valores vigentes, e o nível de práticas e estratégias, da ordem do vivido. O plano das regras aponta para a obrigatoriedade de assumir a gravidez e para a recusa ao aborto, associada à idéia de crime e pecado. Contudo, nas experiências concretas vivenciadas, a regra é relativizada e o aborto é tolerado.

Peres (2003) sintetiza alguns argumentos favoráveis, no âmbito das justificações ao aborto apresentados pelos jovens entrevistados: o risco de saúde para a mulher e o feto; o fato de ser ainda jovem e a gravidez vir a atrapalhar os planos futuros ou interromper precocemente um tempo de despreocupação e lazer, vistos como características desse período da vida em que se encontram; a limitação de condições financeiras e materiais; e a ilegitimidade do vínculo com o parceiro (estes dois últimos argumentos apresentam-se como os mais proeminentes). Assim, como já havia sido apontado por (Ardaillon, 1997: 379) “*não há um aborto geral, mas sim o aborto naquele momento*”; em circunstâncias específicas, argumentos favoráveis à sua realização podem ser apresentados.

Uma referência aos limites do presente trabalho é necessária. Tratando de uma prática ilegal no Brasil, e moralmente condenada, deve ser considerada a possibilidade de subdeclaração do aborto por parte de jovens que o realizaram, um tópico que foi

objeto de discussão específica em outro artigo (Menezes et al., 2006). Além disso, pode também ter havido, sobretudo da parte das entrevistadas cuja gravidez resultou no nascimento de um filho, maior dificuldade em admitir uma não aceitação inicial dessa gestação, a cogitação ou mesmo tentativa de sua interrupção. Mesmo na suposição de que ambas as situações tenham ocorrido, isto reforça os argumentos defendidos no presente trabalho, tornando de ainda maior importância a atitude em que a perspectiva do aborto esteve presente.

Por fim, a dificuldade de abordar uma questão eminentemente subjetiva em um estudo quantitativo deve ser também considerada. A construção da decisão frente à gravidez deve ser compreendida como um processo, comportando idas e vindas, a interação de diversos atores na cena, numa acumulação de fatores que podem culminar na interrupção da gravidez. A atitude inicial da mulher, apesar de crucial enquanto um dos elementos dessa decisão, não é individual, estando sujeita a modificações em função de projetos pessoais, das circunstâncias do momento, das reações do parceiro e da família.

Uygur & Erkaya (2001) afirmam que sempre restará um percentual de gravidezes não previstas e abortos, dado o limite da capacidade dos sujeitos de controlar as circunstâncias de suas vidas, especialmente na esfera da sexualidade. Não obstante, esses eventos implicam altos custos emocionais, sociais e financeiros para as mulheres e para a sociedade (Barrett & Wellings, 2002).

Os dados apresentados no presente trabalho apontam para a necessidade de intervenções em distintos âmbitos. Isto porque embora estas questões, inscritas na esfera do íntimo e da vida privada dos sujeitos, não devam ser objeto de regulação do Estado, existe um importante espaço de atuação do setor Saúde, que objetiva garantir aos sujeitos o direito de realizarem suas escolhas reprodutivas de modo ético e seguro.

De um lado, é preciso ampliar a compreensão acerca da heterogeneidade do universo configurado pelas mulheres diante de sua gravidez. Esta heterogeneidade contrasta, conforme apontam Fischer et al. (1995), com a uniformidade com que elas são tratadas pelas políticas públicas e pelos profissionais, particularmente os de saúde. Portanto, é preciso incluir essa discussão tanto na formulação das ações como na formação e educação continuada destes profissionais, de modo que sejam considerados aspectos relativos ao contexto social em que as mulheres estão inseridas, ao seu envolvimento com o parceiro da gravidez, ao suporte da família e da rede social em que se incluem.

Especificamente quanto aos profissionais, isto poderá favorecer mudanças em suas práticas cotidianas nos serviços de saúde, qualificando-os para uma escuta e atenção mais cuidadosas com suas pacientes. Para aquelas que decidem abortar, oferecer-lhes um tratamento mais humanizado e respeitoso. Para as gestantes que, apesar da decisão de levar a gestação a termo, vivenciaram processos em que o aborto foi cogitado ou mesmo tentado, garantir uma atenção diferenciada durante a gravidez — já que investigações têm sinalizado para uma maior frequência, entre elas, de comportamentos considerados nocivos à gestação, como o consumo de álcool e cigarro, além de negligências no cuidado pré-natal e de complicações obstétricas (Fischer et al., 1995). Ainda, algo menos plausível no contexto de ilegalidade do aborto, se recomendaria um maior suporte às mulheres que, vivendo situações de maior ambigüidade ante a gravidez, postergam a decisão e adiam a realização do aborto. Com isto, elas não só se expõem a mais riscos físicos associados a procedimentos realizados tardiamente, mas também vivenciam situações mais dramáticas, na medida em que se pode identificar entre essas mulheres um relato mais penoso do processo do aborto, pela

presença de sinais corporais mais claros da gravidez e, na atualidade, pela possibilidade de visualização do feto em estágios mais avançados da sua formação.

Por fim, devem ser implementadas as ações já incorporadas em normatizações nacionais e ratificadas em recentes eventos internacionais, para garantir às mulheres (e aos homens) informações e acesso aos meios contraceptivos, incluída a contracepção de emergência, de modo a poderem evitar a gravidez se assim o desejarem. Do mesmo modo, é urgente uma nova legislação sobre o aborto — que, embora justificada em função das altas taxas de morbimortalidade materna que o país ainda exhibe, é ainda alvo de grande polêmica na sociedade brasileira. Ainda que a discriminação e a legalização não necessariamente confirmam legitimidade à prática do aborto (Boltanski, 2004), isto certamente contribuirá para tornar menos dramáticas e mais seguras as escolhas das mulheres.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide.** New York; Washington: AGI, 1999. 56 p.

ALÉX, L.; HAMMARSTRÖM, A. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. **Sand J Caring Sci**, v. 18, p. 60-168, 2004.

ALMEIDA, M. C. C. et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 556-575. 2003.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L., BARROS, A, P. Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.22, no.7, p.1397-1409. 2006.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-388, 2003.

AQUINO, E. M. L. et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M.L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006.

ARDAILLON, D. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 376-388, 1997.

BACHELOT, A. Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. In: BAJOS, N; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues.** Paris: Inserm, 2002. p. 79-115. (Questions en santé publique).

BAJOS, N.; FERRAND, M.; HASSOUN, D. Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues.** Paris: Inserm. 2002. p. 33-78. (Questions en santé publique).

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, Y. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. **International Family Planning Perspectives**, New York, v. 24, n. 3, p. 117-127. 1998.

BARRET, G.; WELLINGS, K. W. What is a 'planned' pregnancy? empirical data from a british study. **Social Science and Medicine**, v. 55, p. 545-557, 2002.

BOLTANSKI, L. **La condition fœtale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement.** Paris: Gallimard, 2004. 420 p.

BRUNO, Z.V.; BAILEY, P. E. Gravidez em adolescentes no Ceará: Maternidade ou Aborto. In: VIEIRA, E. M. et. al. (Org.). **Seminário Gravidez na Adolescência.** Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998. p. 57-66.

CALVÈS, A-E. Abortion risk and decisionmaking among young people in urban cameroon. **Studies in Family Planning**, v. 33, n. 3, p. 249-260, 2002.



- COSTA, R.G. et al. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 97-105, 1995.
- DADOORIAN, D. Adolescentes. Porque elas querem engravidar? **Femina**, v. 24, n. 1, p. 47-51, 1996.
- DONATI, P., CÈBE, D., BAJOS, N. Interrompre ou poursuivre la grossesse? In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm., 2002. p. 115-62. (Questions en santé publique).
- DURAND, S.; FERRAND, M., BAJOS, N. Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm, 2002. p. 249-302. (Questions en santé publique).
- EVANS A. The influence of significant others on australian teenagers's decision about pregnancy resolution. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 33, n. 5, p. 224-230. 2001.
- FERRAND, M. A questão dos direitos reprodutivos na França. **Revista Estudos Feministas**, Rio de janeiro, v. 5, n. especial, p. 79-85, 1994.
- FINER, L. B. et. al. Reasons US women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. **Perspectives Sexual and Reproductive Health**, v. 37, n. 3, p. 110-118, 2005.
- FISCHER, R. C. et. al. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. **J. Fam. Prac**, v. 48, n. 2, p. 117-122, 1999.
- HEILBORN, M. L. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos: sexualidade e AIDS**, Porto Alegre, ano 8, n.17, p.13-45, Jun. 2002.
- HEILBORN, M. L.et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond., 2006.
- KERO, A. et al. Legal abortion: a painful necessity. **Social, Science and Medicine**, v. 53, p. 1481-1490, 2001.
- KROELINGER, C. D.; KATHRYN, S. O. Partner suport and pregnancy wantdness. **Birth**, v. 27, n. 2, p. 112-119, 2000.
- LARSSON, M. et al. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among swedish women requisiting an early pregnancy termination. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 81, p. 64-71, 2002.
- LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. **Revista de Filosofia Política**, Nova Série 2, p. 173- 195, 1998.

LE VAN. **Les Grossesses à l'Adolescence: Normes Sociales, Réalités Vécues.** Paris: Éditions L'Harmattan, 1998. 204 p.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L.; SILVA, D. O. Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1431-1446, 2006.

PEDROSA, I. L.; GARCIA, T. R. "Não vou esquecer nunca!": A experiência das mulheres com o abortamento induzido. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 50-58, 2000.

PERES, S. O. **Aborto e Juventude: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência.** 2003. Tese. (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2002.

RAMIREZ-GALVEZ, M. C. **Os impasses do corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário.** 1999. Dissertação. (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia Social, UNICAMP, Campinas (SP).

SINGH, S. et al. Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 33, n. 6, p. 251-258&289, 2001.

SIHVO, S. et al. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, n. 8, p. 601-605, 2003.

SKJELDESTAD, F. E. When pregnant, why abortion? **Scandinavian J Soc Med.**, v. 22, n. 1, p. 68-73. 1994.

SÖDERBERG, H.; et al. Continued pregnancy among abortion applicants **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 76, p. 942-947, 1997.

TÖRNBORN, M. et al. Decision-making about unwanted pregnancy. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 78, p. 636-641, 1999.

UYGUR, D.; ERKAYA, S. Reasons why women have induced abortions in a developing country. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 96, p. 211-214, 2001.

ZABIN, L. S. et al. Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 32, n. 1, p. 39-45, 2000.

ZAVODNY, M. The effect of partner's characteristics on teenage pregnancy and its resolution. **Family Planning Perspectives**, New York, v. 33, n. 5, p. 192-205, 2000.

## COLABORADORES

Greice Menezes contribuiu na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Estela Maria Leão de Aquino contribuiu na concepção do estudo, definição de estratégias e técnicas de levantamento de dados, construção do instrumento de pesquisa, coordenação da pesquisa em Salvador, incluindo desde a seleção e treinamento da equipe, supervisão geral do trabalho de campo, construção da base de dados, análise, interpretação dos dados e revisão do texto. Diorlene Silva colaborou na realização das análises estatísticas.

## AGRADECIMENTOS

A pesquisa GRAVAD – *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* foi originalmente elaborada por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, França), Estela M. L. Aquino (MUSA/ISC/UFBA), Daniela Knauth e Ondina Fachel Leal (NUPACS/UFRS). Agradecemos a Ceres G. Victora, Fabíola Rohden, Cecília McCallum, Tânia Salem, Elaine Brandão, Jenny Araújo, Maria da Conceição C. de Almeida e aos demais membros da equipe GRAVAD, bem como ao consultor estatístico Antônio José Ribeiro Dias. Agradecemos, ainda, o apoio financeiro da Fundação Ford, CNPq e da CAPES, através de seus programas de bolsas. Somos gratas ao Professor Nelson Oliveira, da Universidade Federal da Bahia pelas recomendações relativas à análise estatística. Um agradecimento especial à Maria da Conceição C. de Almeida no processamento e na análise estatística dos dados e à Meigle Rafael Alves, pela revisão do texto.

**Tabela 1**  
**Intenção prévia à gravidez, segundo uso de métodos contraceptivos à época**

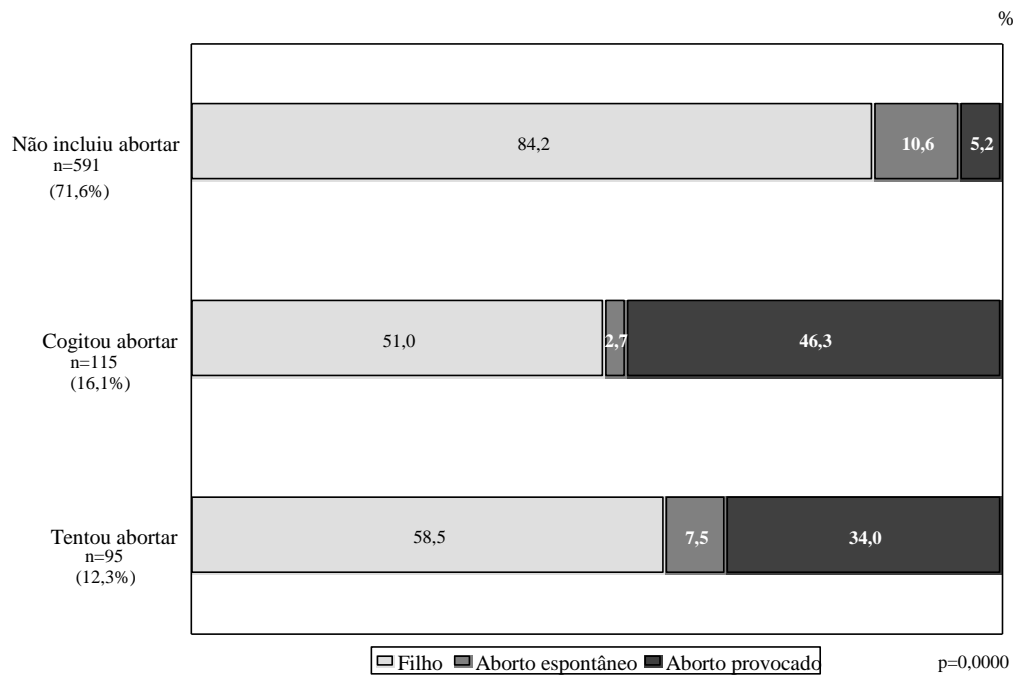
Intenção prévia à gravidez	n	(% )	Prevalência de uso de		P
			métodos		
			%	IC (95%)	
Estava tentando engravidar	141	16,8	15,5	(8,3-27,1)	0,0301
Queria engravidar mais tarde	137	17,1	34,8	(23,9-47,6)	
Não queria engravidar	283	37,4	37,3	(29,3-46,0)	
Não pensava no assunto	236	28,7	30,2	(22,2-39,7)	
<b>Total</b>	797*	100,0	31,2	(26,9-35,8)	

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens mulheres de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), com relato de gravidez alguma vez na vida, excluídas as grávidas (5,3%) no momento da entrevista.

\*Excluídos 4 casos sem informação.

**Gráfico I - Desfecho da primeira gravidez, segundo atitude inicial da jovem frente à possibilidade de abortar**



Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens mulheres de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), com relato de gravidez alguma vez na vida, excluídas as grávidas no momento da entrevista (5,3%).

**Tabela 2**  
**Fatores sociofamiliares associados à atitude inicial da jovem**  
**quanto à possibilidade de aborto na primeira gravidez**

Fatores sociofamiliares	Atitude inicial			p
	Não incluiu abortar	Cogitou abortar	Tentou abortar	
	(n=591)	(n=115)	(n=95)	
<u>Idade à época da gravidez</u>				
Até 19 anos	76,7	89,2	87,4	0,0191
20 e mais anos	23,3	10,8	12,6	
<u>Escolaridade</u>				
Até ensino fundamental	72,4	54,9	74,9	0,0212
Médio ou superior (mesmo incompleto)	27,6	45,1	25,1	
<u>Renda familiar <i>per capita</i></u>				
Até R\$180,00	58,8	50,3	68,3	0,1249
R\$181,00 e mais	41,2	49,7	31,7	
<u>Mobilidade escolar</u>				
Ambas com nível fundamental ou mobilidade descendente	72,0	54,9	74,9	0,0011
Mobilidade ascendente	20,3	20,3	13,4	
Ambas com nível médio ou superior	7,7	24,8	11,6	
<u>Raça/cor</u>				
Branca	30,9	37,9	28,9	0,7434
Parda	26,1	17,4	27,9	
Preta	35,8	37,7	37,7	
Indígena	7,2	7,0	5,5	
<u>Religião de criação</u>				
Pentecostal	9,9	9,7	16,6	0,3171
Católica	68,5	62,6	72,8	
Outras	10,3	16,8	5,0	
Nenhuma	11,3	10,9	5,6	
<b>Total</b>	<b>71,6</b>	<b>16,1</b>	<b>12,3</b>	

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens mulheres de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), com relato de gravidez alguma vez na vida, excluídas as grávidas no momento da entrevista (5,3%)

**Tabela 3**  
**Fatores relativos ao contexto da gravidez associados à atitude inicial da jovem quanto à possibilidade de aborto na primeira gravidez**

Fatores relativos ao contexto da gravidez	Atitude inicial			p
	Não incluiu abortar (n=591)	Cogitou abortar (n=115)	Tentou abortar (n=95)	
<b>Interação com o parceiro da gravidez</b>				
<u>Idade do parceiro</u>				
Até 19 anos	27,8	35,2	30,1	0,4441
20 e mais anos	72,2	64,8	69,9	
<u>Intenção prévia quanto à relação</u>				
Casar ou já era casada/unida	67,0	40,1	51,5	0,0004
Acabar a relação	11,9	15,1	13,3	
Não queria casar/não pensava no assunto	21,1	44,8	35,2	
<u>Intenção prévia quanto à gravidez</u>				
Não queria engravidar e usava algum método	10,5	28,3	14,9	0,0010
Demais situações <sup>1</sup>	89,5	71,7	85,1	
<b>Reações frente à gravidez</b>				
<u>Do parceiro</u>				
Sugeriu aborto	6,5	19,6	30,4	0,0000
Demais reações <sup>2</sup>	91,6	79,3	62,7	
Não soube	1,9	1,1	6,9	
<u>Da própria família</u>				
Sugeriu aborto	7,5	23,7	24,9	0,0000
Demais reações <sup>3</sup>	86,8	49,1	52,9	
Não soube	5,7	27,2	22,2	
<u>Da família do parceiro</u>				
Sugeriu aborto	4,6	4,6	9,2	0,0000
Demais reações <sup>3</sup>	84,4	40,3	47,5	
Não soube	11,0	55,1	43,3	
<b>Total</b>	<b>71,6</b>	<b>16,1</b>	<b>12,3</b>	

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens mulheres de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), com relato de gravidez alguma vez na vida, excluídas as grávidas no momento da entrevista (5,3%).

1- Inclui: estava tentando engravidar; queria engravidar mais tarde; não pensava no assunto, independente do uso de contraceptivos.

2- Inclui: ficou contente; não ligou muito; não acreditou que o filho era dele; deixou a decisão para ela e outras reações, excluída qualquer sugestão explícita de realização de um aborto.

3- Inclui: ficou contente; disse que ajudaria a cuidar do bebê; exigiu que casassem; expulsou de casa; indiferente e outras reações, excluída qualquer sugestão explícita de realização de um aborto.

**Tabela 4**  
**Análise de Regressão Logística Polítômica de fatores associados**  
**à atitude inicial das mulheres frente à primeira gravidez**

Fatores	Atitude inicial	
	Cogitou aborto	Tentou aborto
	OR ( 95 % IC)	OR ( 95 % IC)
<b>Escolaridade</b>		
Até ensino fundamental completo	1,0 <sup>1</sup>	1,0 <sup>1</sup>
Médio ou superior (mesmo incompleto)	2,4 (1,2-4,6)	0,9 (0,5-1,8)
<b>Natureza da relação com o parceiro</b>		
Estabelecida <sup>2</sup>	1,0 <sup>1</sup>	1,0 <sup>1</sup>
Indefinida ou em crise <sup>3</sup>	2,9 (1,7-4,8)	1,6 (0,9-2,9)
<b>Intenção e atitude prévias quanto à gravidez</b>		
Demais situações <sup>4</sup>	1,0 <sup>1</sup>	1,0 <sup>1</sup>
Não queria engravidar e usava algum método contraceptivo	2,6 (1,2-5,6)	0,9 (0,4-2,1)
<b>Reação inicial do parceiro frente à gravidez</b>		
Demais reações <sup>5</sup>	1,0 <sup>1</sup>	1,0 <sup>1</sup>
Sugeriu aborto	3,1 (1,4-6,8)	7,4 (3,5-15,9)
<b>Reação inicial da própria família frente à gravidez</b>		
Demais reações <sup>6</sup>	1,0 <sup>1</sup>	1,0 <sup>1</sup>
Sugeriram aborto	3,3 (1,3-8,7)	2,8 (1,1-6,9)

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens mulheres de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), com relato de gravidez alguma vez na vida, excluídas as grávidas no momento da entrevista (5,3%).

1- Grupo de referência: não incluiu abortar (aceitou a gravidez, independente de querer casar/morar com parceiro e de pedir apoio a familiares para ter o bebê e outras, excluída qualquer menção explícita ao aborto).

2- Inclui: queria casar ou morar/já era casada ou morava com o parceiro.

3- Inclui: não queria casar/não pensava no assunto/queria acabar com a relação.

4- Inclui: estava tentando engravidar; queria engravidar mais tarde; não pensava no assunto, independente do uso de contraceptivos.

5- Inclui: ficou contente; não ligou muito; não acreditou que o filho era dele; deixou a decisão para ela; outras reações, excluída qualquer sugestão explícita de realização de um aborto.

6- Inclui: ficou contente; disse que ajudaria a cuidar do bebê; exigiu que casassem; expulsou de casa; indiferente; outras reações, excluída qualquer sugestão explícita de realização de um aborto.



**Artigo III**  
*Aborto provocado na juventude:  
Desigualdades sociais no desfecho da  
primeira gravidez*<sup>27</sup>

**Greice M. S. Menezes, Estela M. L. Aquino, Diorlene Oliveira da Silva**

---

<sup>27</sup>Artigo publicado em Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7);1431-15446, jul, 2006. Suplemento (Juventude, Sexualidade e Reprodução).

## **RESUMO**

Esta pesquisa objetivou identificar os fatores associados ao aborto provocado na primeira gravidez das mulheres e na primeira vez que os homens engravidaram uma parceira. Trata-se de inquérito domiciliar através de entrevista face-a-face de uma amostra probabilística, em três estágios, de 4634 jovens, entre 18 e 24 anos, residentes em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Utilizou-se análise de regressão logística, com estratégia hierarquizada para entrada das variáveis no modelo. O aborto foi o desfecho da primeira gravidez referido por 16,7% das mulheres e 45,9% dos homens, relativamente a suas parceiras. Entre os fatores associados ao aborto, destacam-se a escolaridade mais elevada dos jovens e a natureza eventual da relação com o/a parceiro/a dessa gravidez. A inclusão dos homens na pesquisa traz novos elementos para compreensão do fenômeno do aborto, inserindo as questões de gênero na discussão do tema. Recomenda-se um maior investimento público de modo a garantir aos jovens acesso a informações e recursos para realizarem seus projetos reprodutivos de forma segura e saudável, respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras chaves: Gênero; Sexualidade; Comportamento Reprodutivo; Aborto induzido.

## **ABSTRACT**

This research identified the associated factors of induced abortion during women's first pregnancy and the first time men made a partner pregnant. It consisted of a household survey using face-to-face interviews of a three stage probabilistic sample of 4634 young people aged from 18 to 24 years resident in Salvador, Rio de Janeiro and Porto Alegre. Analysis used logistic regression inserting the variables according to hierarchical model. 16,7% of the women and 45,9% of the men reported abortion as the outcome. Among the factors associated with the abortion, two stand out: the higher educational level of the young people; and the casual nature of the relationship with the partner. The inclusion of men in the research brings new elements to understanding abortion, taking in consideration gender issues in discussion.

A more substantial public investment is required as to guaranty young people's access to information and resources, enabling them to carry out their reproductive projects in a secure and healthy manner in full respect of their sexual and reproductive rights.

**Key words:** Gender; Sexuality; Reproductive Behaviour; Induced Abortion.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, o aborto permanece sendo amplamente utilizado pelas mulheres como recurso frente a gravidezes não planejadas, especialmente em contextos que dificultam o acesso a contraceptivos eficazes. É causa importante de morbimortalidade materna, sendo a curetagem pós-aborto um dos procedimentos obstétricos mais realizados na rede pública, com altos custos para o tratamento das suas complicações<sup>1</sup>.

Há razoável literatura nacional sobre o tema, permitindo identificar o perfil das mulheres que informaram ter provocado um aborto, as razões citadas, os métodos utilizados e questões referentes à decisão de abortar<sup>2,3</sup>.

Grande parte das pesquisas concentra-se em populações específicas, na sua maioria mulheres admitidas em hospitais públicos para tratamento do aborto incompleto. Assim, apresentam um viés de seleção, ao abrangerem apenas os casos que apresentaram complicações e resultaram em internação hospitalar na rede pública de saúde. Desta forma, ao enfocarem predominantemente populações de baixa renda, restringem a discussão dos determinantes do aborto à precariedade das condições materiais de existência, obscurecendo a heterogeneidade de situações<sup>4,5</sup>.

A perspectiva masculina é raramente contemplada e quando ocorre, isto se dá sobretudo através de informações indiretas das mulheres entrevistadas. São escassas as investigações em que os próprios homens são entrevistados em inquéritos<sup>6</sup>, sendo a maioria de natureza qualitativa<sup>4</sup>.

Os estudos populacionais são raros, pois além de onerosos enfrentam dificuldades decorrentes da ilegalidade do aborto e das questões morais e religiosas que cercam a interrupção de uma gravidez, levando à sua omissão. Nas investigações identificadas<sup>7-9</sup> constatou-se a subdeclaração do aborto, ressaltando-se a situação

específica das mulheres mais jovens, seja porque embora recorrendo mais ao procedimento, mais frequentemente o omitem<sup>7</sup>, ou porque entre elas se verifica a maior proporção de gravidezes consideradas indesejadas<sup>9</sup>.

A importância do aborto na juventude é também enfatizada em outras realidades. Em países de várias regiões do mundo, com distintos níveis de desenvolvimento, há maior ocorrência de aborto entre moças de 20 a 24 anos, período da vida em que estão mais ativas sexualmente, mais fecundas e, portanto, mais expostas a engravidarem. Entretanto, uma vez grávidas, são aquelas menores de 20 anos as mais propensas a interromper a gravidez<sup>10</sup>.

Entre jovens com menos de 25 anos, as razões mencionadas para o aborto referem-se ao fato de se considerarem muito novas, temerem uma reação negativa dos pais, não terem um vínculo conjugal estabelecido ou de uma possível interferência nos seus projetos escolares<sup>11-13</sup>.

A compreensão do aborto na juventude deve considerar mudanças nas sociedades ocidentais, com a massificação da escolarização feminina, a disseminação dos valores do feminismo e o recurso a contraceptivos eficazes. Neste cenário, as normas sociais relativas à reprodução, ao estabelecerem como ideal um número reduzido de filhos e definirem o momento propício para tê-los, qualificam a gravidez na juventude e, particularmente na adolescência, como despropósito, configurando-se como obstáculo às aspirações escolares e profissionais, sobretudo para aquelas que possuem maior capital sociocultural<sup>14</sup>. Adicionalmente, a ausência de autonomia material e financeira dos jovens e o engajamento em relações ainda não consolidadas contrariam a representação dominante que valoriza a chegada do filho sob certas condições<sup>12</sup>.

O aborto vem portanto atender às expectativas de controle da procriação nessa idade, sendo mais tolerado<sup>12</sup>. Mesmo entre jovens com posições contrárias à sua prática, diante de situações concretas, as objeções são relativizadas e o recurso ao aborto é acionado<sup>5</sup>.

O presente trabalho integra a pesquisa GRAVAD, estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução realizada em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, cidades culturalmente bem distintas.

Neste artigo, pretendeu-se identificar os fatores associados ao aborto provocado como desfecho da primeira gravidez entre jovens brasileiros. Com a inclusão do relato dos homens sobre a gravidez das parceiras, buscou-se conferir visibilidade à perspectiva masculina sobre o tema.

## ***METODOLOGIA***

Trata-se de estudo transversal através de inquérito domiciliar, realizado de outubro de 2001 a fevereiro de 2002, incluindo jovens de ambos os sexos, entre 18 e 24 anos, residentes em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

Ao selecionar jovens em faixa etária diferente daquela classicamente definida como adolescência – 10 a 19 anos<sup>15</sup>, pretendeu-se a reconstrução dos percursos biográficos dos sujeitos, possibilitando a identificação de eventos reprodutivos, seus resultados e conseqüências, ainda com memória preservada. Tendo os jovens atingido a maioridade civil, isto dispensou a autorização parental para participação, garantindo-lhes autonomia de decisão. Entretanto, para fins de análise, a gravidez e o aborto na adolescência foram considerados como eventos ocorridos antes dos 20 anos, permitindo comparações com outros estudos.

A partir das estimativas de gravidez na adolescência da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (1996), calculou-se um tamanho amostral de 1500 jovens em cada cidade, considerando-se perdas potenciais de 20%, com alocação de no mínimo 55 setores censitários (SC) e de 33 domicílios em cada setor. A amostra foi constituída em três estágios: em cada cidade, os SC foram estratificados segundo renda média e escolaridade do chefe do domicílio e, em cada estrato, foram selecionados setores com probabilidades proporcionais ao número de jovens de 18 a 24 anos com base na Contagem Populacional (1996); em cada setor foram cadastrados os domicílios particulares permanentes onde residiam jovens na faixa etária de interesse, sorteando 33 para entrevista; em cada domicílio, era escolhido o elegível cujo dia e mês do aniversário fosse o primeiro no ano civil, desconsiderando-se o ano de nascimento.

Foram entrevistados 4634 jovens, tendo sido obtidas altas taxas de resposta (85,2%), com baixas proporções de perdas e recusas. As primeiras ocorreram em função do encontro de domicílios fechados (6,1%), sobretudo em bairros considerados perigosos e ausência dos elegíveis escolhidos por estarem fora da residência (3,9%). Também as recusas atingiram proporções reduzidas, tendo ocorrido quer por iniciativa do jovem (3,8%) ou de terceiros impedindo o acesso dos entrevistadores a eles (0,2%). O perfil dos entrevistados, considerando a idade e o sexo, é bastante similar aquele registrado no Censo Populacional do ano 2000, próximo à realização da Pesquisa<sup>16</sup>.

Foi aplicado, com entrevistas face-a-face, um questionário estruturado, com perguntas fechadas, contemplando indicadores comuns, em versões masculina e feminina, com linguagem adaptada a cada sexo. Incluía questões sobre informações sociodemográficas, trajetórias afetivo-sexual, de estudo e de trabalho, atitudes e valores sobre sexualidade e gravidez e seus desdobramentos. O tema do aborto foi focado em diferentes momentos, com pergunta sobre a ocorrência de gravidez e seu resultado em

distintos relacionamentos. Aos rapazes, isto também foi perguntado relativamente às suas parceiras.

O controle de qualidade foi assegurado, inclusive com a checagem de questões selecionadas em sub-amostra de 20% de entrevistas, em novo contato pessoal ou telefônico, por outro entrevistador.

O banco de dados foi construído com dupla digitação independente, utilizando-se o EPIINFO (versão 6.04b) e sendo exportado para o Stata (versão 8.0) que permite incorporar o efeito do desenho amostral e os pesos relativos a cada unidade, na estimativa dos parâmetros.

Para fins analíticos, elegeu-se como variável dependente a *proporção de referência ao aborto provocado na primeira gravidez*, excluídos os jovens que informaram aborto espontâneo como resultado (8,7% das mulheres e 17,7% dos homens) ou cuja gravidez própria ou da parceira estava em curso no momento da entrevista (respectivamente, 5,3% e 5,6%). Apenas para esta variável, os dados foram apresentados separadamente para cada cidade investigada, sendo posteriormente agregados face ao pequeno número que inviabilizaria análises estratificadas.

Foram realizadas análises bivariadas, para identificar os fatores associados ao aborto provocado como desfecho da primeira gravidez. Um indicador de mobilidade escolar<sup>16</sup> foi construído a partir da escolaridade da mãe e do próprio jovem, tendo as seguintes categorias: ambos com nível médio e superior; ambos com ensino fundamental; mobilidade ascendente (jovem com nível médio ou superior e mãe, com ensino fundamental) mobilidade descendente (jovem com ensino fundamental e mãe com nível médio ou superior). Quanto à idade da iniciação sexual, utilizaram-se pontos de corte distintos para homens (até 16 / 17 e mais anos) e mulheres (até 17 / 18 e mais



anos), considerando as diferenças de gênero, com este evento mais precoce e homogêneo entre eles.

As diferenças entre proporções foram testadas quanto à significância estatística através do  $\chi^2$  de *Pearson*, com a correção de segunda ordem de *Rao e Scott*<sup>17</sup> ao nível de 5%. Estimou-se a magnitude da associação entre o desfecho de interesse e fatores selecionados pelo cálculo da *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança a 95%.

Também realizou-se a regressão logística não condicional, sendo selecionadas aquelas variáveis que, na etapa bivariada, mostraram-se associadas com o aborto, com valor de p até 0,20. Exceto a “*religião de criação*”, que permaneceu com quatro níveis de categorização, todas as demais foram dicotomizadas, para garantir número suficiente de casos quando distribuídos nos estratos. O indicador “*mobilidade escolar*” não foi incluído no modelo de regressão pela superposição de informação com a escolaridade do jovem.

Procedeu-se à entrada das variáveis no modelo em estratégia hierarquizada, tipo *forward*, com introdução progressiva em quatro blocos de um modelo teórico, para a compreensão dos processos de determinação do desfecho da gravidez. Inspirado em *Bajos & Marquet*<sup>18</sup>, este modelo prioriza a determinação macrossocial do fenômeno, assumindo a mediação por fatores da trajetória afetivo sexual e de forma mais imediata pelo contexto interacional, isto é, de elementos da relação com o/a parceiro/a dessa gravidez, e por características individuais do/a jovem à época do evento (Figura 1).

Permaneceram no modelo as variáveis cuja associação com o aborto manteve significância menor que 10%. Após selecionar as variáveis do nível sociofamiliar, foram progressivamente introduzidos os blocos subseqüentes, retirando-se aquelas não associadas com o desfecho, após ajuste para variáveis do mesmo bloco e daquelas

hierarquicamente superiores. Em cada etapa, foram mantidas as variáveis associadas com o efeito, ainda que perdendo significância estatística com a inclusão de cada novo bloco. No modelo final, considerou-se um nível menor que 5% para indicar associação com significância estatística.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética dos centros acadêmicos envolvidos, tendo assegurado anonimato, confidencialidade das respostas, liberdade de recusa ou interrupção da entrevista. Os participantes assinaram termo de consentimento informado.

## ***RESULTADOS***

### ***Aborto como desfecho da primeira gravidez***

Considerando especificamente a primeira gravidez das mulheres (740 casos) e a primeira vez que os homens engravidaram uma parceira (427 casos), o aborto foi o desfecho referido por 16,7% delas e 45,9% deles, sendo portanto o nascimento de um filho o resultado mais freqüente entre ambos.

As maiores proporções de aborto na primeira gravidez foram relatadas pelos homens, ao se referirem às suas parceiras, em Porto Alegre (31,1%), no Rio (39,5%) e em Salvador (60,7%), tendo este desfecho nesta última cidade, superado o nascimento de um filho (39,3%). Também entre as baianas, as proporções de aborto na primeira gravidez foram maiores (19,0%) do que aquelas declaradas pelas cariocas (17,0%) e gaúchas (8,4%) (Gráfico 1).

### ***A experiência das mulheres com o aborto***

Renda familiar e escolaridade estiveram associadas ao aborto, sendo este quase quatro vezes mais freqüente entre moças com renda familiar maior que R\$181,00 e três entre aquelas com mais instrução, quando comparadas com as de renda familiar mais baixa e menor escolaridade (Tabela 1).

As moças em mobilidade escolar ascendente, isto é, que alcançaram nível de escolaridade superior ao de suas mães, apresentaram proporção de aborto quase três vezes mais freqüente do que aquelas que se mantiveram com baixo nível de instrução como suas mães. Este padrão aproxima-as daquele registrado no grupo de jovens e mães com escolaridade média e superior (Tabela 1), embora não pareçam ter tido acesso às mesmas condições de realização do aborto referidas por estas últimas jovens (as de maior instrução, como suas mães). Assim, comparando-se esses dois grupos, as moças em mobilidade escolar ascendente admitiram ter feito o aborto com mais de três meses de gestação (29,5% *versus* 19,3%), ter recorrido menos a clínicas ou consultórios privados (40,5% *versus* 61,4%), ter mais freqüentemente utilizado Cytotec® (52,6% *versus* 33,8%) e menos procedimentos a vácuo (17,4% *versus* 38,0%) (dados não apresentados).

A idade da mãe ao primeiro filho também se mostrou associada ao aborto na primeira gravidez. Entre moças cujas mães experimentaram a maternidade após 19 anos, a proporção de aborto em seu primeiro episódio reprodutivo foi mais que o dobro daquelas cujas mães tiveram o primeiro filho na adolescência (Tabela 1). Nem a raça/cor auto declarada, nem a referência à separação dos pais mostraram-se associadas com o evento de interesse (dados não apresentados).

Entre mulheres que tiveram uma iniciação sexual com parceiro eventual, 35,8% relataram um aborto na primeira gravidez, sendo este desfecho duas vezes mais prevalente neste grupo do que entre aquelas que se iniciaram com um parceiro fixo. Também a proporção de aborto foi três vezes maior entre as que mencionaram já terem “ficado e namorado”, quando comparadas com aquelas que só namoraram (20,5% contra 5,9%) (Tabela 1).

Entre os fatores relativos à interação com o parceiro da primeira gravidez, o relato de aborto foi quase duas vezes maior quando esta ocorreu em relações não constituídas ou em crise (*não pretendia casar ou morar, não pensava no futuro, tinha intenção de acabar a relação*), do que quando aconteceu ao interior de uma união já existente ou vislumbrada (*já era casada ou queria casar/morar com o parceiro*). Quando a moça declarou que à época não queria engravidar e para tanto usava contraceptivo, o aborto foi o resultado da gravidez em 26,7% dos casos, diferentemente das demais situações (15,2%) (*tentava engravidar, queria mais tarde, não pensava no assunto, independente do uso de contraceptivos*) (Tabela 1).

Quanto à situação da moça à época da gravidez, apenas o fato de estar estudando esteve associado ao aborto, sendo este quase cinco vezes mais freqüente do que entre aquelas que não estavam na escola. Ser adolescente ou estar trabalhando a época não se mostraram associados ao aborto (Tabela 1).

No primeiro nível da regressão logística, a renda familiar e a escolaridade mostraram-se fortemente associadas com o aborto na primeira gravidez, mesmo após o ajuste pelos fatores deste bloco e dos subseqüentes. A variável “idade da mãe ao primeiro filho” logo perdeu significância ao ser ajustada pelos demais fatores deste nível. No segundo nível, relativo ao modo de entrada na sexualidade, apenas a experiência de ficar/namorar manteve-se no modelo final (Tabela 2).

No terceiro nível relativo à interação com o parceiro da primeira gravidez, a natureza eventual com o parceiro e o fato de não pretender manter a relação com este permaneceram associados ao aborto, após o ajuste pelos demais fatores deste bloco e do subsequente, ainda que apenas estes último tenha se mantido no modelo final. No quarto e último nível, nenhuma variável relativa à situação da jovem à época da gravidez permaneceu no modelo (Tabela 2).

Em síntese, para as mulheres, ter nível médio ou superior de escolaridade, pertencer a famílias de renda média ou alta, ter tido uma trajetória comportando ambas experiências de ficar e namorar, não ter um vínculo estabelecido com o parceiro da primeira gravidez implicaram de forma mais freqüente que este episódio tenha resultado em um aborto (Figura 2).

#### ***A perspectiva masculina frente à gravidez das parceiras***

Como observado entre as mulheres, o nível de escolaridade dos homens mostrou-se associado com o desfecho da gravidez das parceiras. Entre aqueles que ultrapassaram o ensino fundamental, o aborto foi o principal resultado (61,6%), sendo superior àquele mencionado pelos de menor escolaridade (Tabela 1). Este perfil é semelhante ao dos jovens em mobilidade escolar ascendente: 65,6% deles declararam um aborto na primeira vez que engravidaram uma parceira, percentual mais elevado do que aquele observado entre rapazes com escolaridade tão baixa quanto à de suas mães ou entre aqueles de mobilidade escolar descendente (Tabela 1).

Diferente das mulheres, a religião de criação mostrou-se associada ao aborto, com o relato do evento sendo mais freqüente entre aqueles criados no catolicismo (46,4%) ou sem qualquer credo (54,3%), comparativamente àqueles de famílias adeptas ao pentecostalismo (Tabela 1).

A raça/cor auto declarada e a separação dos pais não influenciaram a ocorrência de aborto ao terem engravidado as parceiras (dados não apresentados).

A associação entre parceria eventual na iniciação sexual e aborto na primeira ocasião em que engravidaram a parceira foi verificada, sendo este resultado quase duas vezes mais freqüente do que aquele dos rapazes com parceira estável (Tabela 1).

Constatou-se que o aborto foi referido na ampla maioria das gestações ocorridas com parceiras eventuais, sendo duas vezes mais freqüente do que quando já havia uma relação com a parceira. Quando as gravidezes ocorreram com mulheres dois ou mais anos mais velhas do que eles, em 59,8% dos casos, o desfecho foi um aborto, sendo esta ocorrência mais elevada do que quando a parceira era mais nova ou um pouco mais velha (Tabela 1).

Entre os rapazes, ser adolescente à época da gravidez da parceira esteve associado ao relato de aborto, resultado duas vezes mais freqüente do que entre aqueles que tinham 20 e mais anos. Entre aqueles que mencionaram não ter um trabalho à época, verificou-se maior referência a um aborto da parceira, embora, com diferenças encontradas em nível limítrofe de significância estatística (Tabela 1).

Na análise multivariada, dos fatores sociofamiliares investigados, a escolaridade e a religião de criação mantiveram-se associadas com o relato de aborto na gravidez das parceiras, mesmo com o ajuste pelas variáveis deste e dos níveis subseqüentes, com pouca redução da magnitude do efeito. Nenhuma variável do segundo nível, relativo ao modo de entrada na sexualidade, permaneceu no modelo, após ajuste pelas variáveis dos níveis seguintes. No terceiro nível, a natureza da parceria na gravidez e a diferença de idade entre parceiros mostraram-se associadas com o relato de aborto, mas, somente a primeira manteve-se no modelo, após ajuste das demais variáveis. No último nível,

apenas o grupo etário do jovem à época da gravidez permaneceu no modelo final (Tabela 3).

Em resumo, para os homens, o desfecho de um aborto no primeiro episódio em que engravidaram uma parceira esteve associado ao fato de serem ainda adolescentes à época, de terem um nível de escolaridade mais elevado, de terem sido criados sem credo religioso e desta gravidez ter ocorrido com uma parceira eventual (Figura 2).

## ***DISCUSSÃO***

O aborto na juventude é um tema de difícil declaração, envolto em questões morais e religiosas, em contexto de ilegalidade da sua prática no país. O presente estudo não se propôs validar a informação sobre aborto, objeto de outras investigações já referidas, mas ampliar a análise do tema, contemplando aspectos ainda pouco explorados.

Vários procedimentos foram adotados para favorecer seu relato pelos jovens, na elaboração do questionário, na seleção e no treinamento dos entrevistadores, e durante a realização da entrevista<sup>16</sup>. Entretanto, tais cuidados não dispensam uma discussão sobre a produção dos dados e os resultados alcançados.

Quanto a potenciais vieses de seleção, o critério para identificação do entrevistado entre os elegíveis minimizou parte de sua ocorrência, ao evitar que o entrevistador selecionasse o jovem com maior disponibilidade para entrevista.

Comparado a inquéritos da mesma natureza, a pesquisa GRAVAD obteve alta taxa de resposta (85,2%), com reduzidas proporções de perdas e recusas<sup>16</sup>. Não é possível afastar completamente que os poucos jovens não localizados sejam aqueles com maior probabilidade de ter tido uma gravidez e um aborto. Mas, se houve este

viés, provavelmente isso teve pequeno impacto e ocorreu na direção da subestimação do fenômeno.

Tratando-se de um estudo transversal, estão excluídas as mulheres que morreram por complicações de abortos, que são as mais jovens, mais pobres e menos escolarizadas e, sobretudo residentes em Salvador, onde investigações na década de 90 mostraram ser esta a principal causa isolada de morte materna<sup>1</sup>. Isto merece ser investigado em estudos longitudinais.

Quanto a possíveis vieses de informação, como a população investigada encontrava-se no início da vida sexual e reprodutiva, é pouco provável que tenham ocorrido problemas de rememoração de um evento tão significativo como o aborto. Pode-se supor que parte dos jovens tenha declarado aborto provocado pelo uso de chás ou de medicamentos, em situações nas quais sequer houve confirmação da gravidez. Se isso ocorreu, é improvável que seu impacto tenha sido de grande monta.

A questão central diz respeito à declaração do aborto provocado como espontâneo ou mesmo sua omissão, o que leva à subestimação da ocorrência. Mesmo que os mais jovens tenham maior dificuldade em assumir o início da atividade sexual e, conseqüentemente de seus resultados, entre eles, a entrevista face a face parece ter melhor desempenho do que feita por telefone ou outros métodos indiretos<sup>19</sup>.

Poucos estudos discutem o subrelato segundo escolaridade. Entre os identificados, todos fora do Brasil, permanecem controvérsias quanto à maior declaração entre as mais escolarizadas<sup>20</sup>. Se nesta investigação a escolaridade e a renda influenciaram a declaração do aborto, não é possível afastar que parte das diferenças encontradas entre os estratos de renda e escolaridade decorra de diferenças no relato e não na ocorrência. Entretanto, os resultados são consistentes com a literatura.



A validação das informações de pesquisas populacionais, pela comparação com dados dos serviços que realizam aborto, demonstra que algum grau de omissão sempre ocorre, variando em função das diferenças culturais, históricas e políticas de cada região. Embora não exista um contexto “único e universal” de declaração do aborto, em entrevistas face a face, o fundamental é assegurar a privacidade em ambiente pouco estigmatizante e não ameaçador<sup>21</sup>. As informações sobre aborto provenientes dos inquiridos, ainda que passíveis de subdeclaração, permitem investigar características dos indivíduos, sua família e o contexto do aborto, pouco contemplados em outras fontes, além do contraste com aqueles/as que não relataram abortos<sup>22</sup>.

Algumas opções metodológicas adotadas devem ser discutidas. Um primeiro aspecto refere-se ao indicador utilizado para mensuração do evento de interesse. Ao se considerar o aborto como desfecho da primeira gravidez, sob a forma de proporção de mulheres que abortaram entre aquelas que engravidaram, foi possível conferir visibilidade a outra dimensão do fenômeno. Este indicador amplamente utilizado na literatura<sup>11-13</sup> independe da fecundidade e não se presta a medir a magnitude do evento, mas é adequado para avaliar a decisão diante de uma gravidez e o acesso diferencial ao aborto. Outras análises da pesquisa GRAVAD<sup>16</sup> já evidenciaram a magnitude do evento na população estudada, mensurada através da proporção de aborto alguma vez na vida, calculada pelo número de pessoas que o vivenciaram sobre o conjunto de mulheres, incluindo as virgens e aquelas sem gravidez. Seus resultados, convergentes com a literatura<sup>1,2</sup>, mostram que a maior ocorrência do evento se deu entre as jovens de menor renda e escolaridade, pardas ou pretas, que também são aquelas que engravidam mais e utilizam os serviços públicos de saúde para tratamento do aborto incompleto. Convém lembrar que este indicador – proporção de aborto alguma vez na vida é dependente do

nível de fecundidade, refletindo o comportamento mais fecundo das jovens dos estratos sociais mais baixos.

A escolha da primeira gravidez justifica-se por se tratar de evento de referência para todas, diferentemente do primeiro aborto provocado que pode ter ocorrido em gestações diferentes, influenciadas em grau variado pela paridade prévia.

O aborto não ocorreu de forma homogênea na população estudada. Embora a gravidez seja um evento mais raro entre jovens de estratos sociais mais favorecidos, diante desta, este segmento recorre mais freqüentemente ao aborto. Esse resultado é convergente com outros estudos<sup>10,12-13,23</sup>, sendo coerente com as razões apontadas pelas jovens de até 24 anos para interromper a gravidez – ser ainda muito nova, ter projetos de estudos ou de inserção profissional.

O pertencimento às classes privilegiadas propicia que a escolarização promova maior qualificação e acesso a melhores postos de trabalho, o que resulta no fenômeno descrito como “prolongamento da juventude”<sup>14</sup>. Assim, diante de uma gravidez, avaliada como obstáculo às aspirações futuras, a decisão pelo aborto parece ser objeto de menor hesitação. Duplamente privilegiadas, estas jovens, não só se protegem mais de gestações não previstas como também ao engravidarem e optarem pelo aborto, dispõem de recursos para se submeterem a procedimentos seguros, ainda que ilegais.

Chama atenção a situação das jovens em mobilidade escolar ascendente, pois apesar de uma atitude pessoal mais afirmativa de superação dos constrangimentos de classe, e do comportamento reprodutivo menos fecundo, típico das jovens mais privilegiadas, não dispõem das mesmas condições que estas para interromper a gravidez, realizando-a mais tardiamente e com técnicas menos seguras.

Para aquelas de menor renda e escolaridade, a ocorrência mais freqüente de uma gravidez na juventude e a opção pela sua continuidade sugerem a aposta no nascimento

do filho como estratégia de inserção social e reconhecimento através do papel de mãe<sup>24</sup>, ou de adaptação às limitadas oportunidades a elas reservadas pela sociedade<sup>12</sup>. Para muitas já afastadas da escola e sem chances de ingresso em postos de trabalho valorizados, a maternidade se constitui em um projeto viável. Esses achados confirmam estudos em países industrializados centrais<sup>25</sup> e no Brasil<sup>26</sup>.

A inclusão dos homens apresentou perspectiva complementar a das mulheres, habitualmente únicas instadas a se pronunciar sobre o tema. A sua importância nas decisões reprodutivas<sup>4-6</sup> influencia o estatuto da gravidez como desejada e seu desfecho<sup>12</sup>. Entretanto, os resultados das análises sobre os rapazes entrevistados devem ser interpretados com cautela, já que os modelos para compreensão do fenômeno entre eles são menos conhecidos e mais complexos. Chama atenção o maior relato de aborto entre eles, resultado de difícil comparação, já que as pesquisas existentes exploram somente a fidedignidade da declaração feminina.

A maior ocorrência de aborto entre homens pode indicar menor dificuldade em declará-lo não só pela externalidade da gravidez, mas também pelo reforço simbólico da sua própria fertilidade e masculinidade. Pode igualmente expressar imprecisões na informação sobre gestações das parceiras<sup>4,5</sup>.

Não se pode afastar, todavia, a maior ocorrência de aborto entre eles, pelas diferenças de gênero na trajetória afetivo-sexual dos jovens. As experiências masculinas comportam uma iniciação sexual mais cedo, seguida de maior número de parceiras eventuais, implicando maior risco de gravidez não prevista. É possível que um mesmo jovem possa engravidar múltiplas parceiras simultaneamente, o que é coerente com a cultura sexual brasileira que confere aos homens essa prerrogativa, especialmente entre segmentos populares e com relações de gênero mais tradicionais. Os rapazes entrevistados não constituem os parceiros potenciais das moças estudadas, as quais se

relacionam com homens de espectro etário mais amplo, incluindo jovens como os entrevistados e outros mais velhos, já trabalhando e com maior possibilidade de consolidar vínculos.

Os fatores associados ao aborto na primeira gravidez situam-se em várias esferas, com similaridades e diferenças entre mulheres e homens. Para ambos, além da importância da escolaridade, a natureza e o grau de legitimidade da relação com o/a parceira/a constituem elementos que emolduram o cenário desejável para a chegada de um filho. Entre moças, uma união não estabelecida ou em crise, e entre rapazes, a gravidez de uma parceira eventual aumentam a chance de um aborto.

A idade da primeira relação sexual não permaneceu associada ao aborto para homens e mulheres, contrariando a perspectiva de que a precocidade na iniciação é necessariamente indicativa de desfechos indesejáveis e negativos<sup>27</sup>. Do mesmo modo, não foi relevante a separação dos pais, apontada como preditora de tais comportamentos. Esta variável, carregada de valores morais, apóia-se na concepção de família nuclear que não corresponde à multiplicidade de arranjos existentes no Brasil. No presente estudo, dimensões relacionais da família, como a conversa com os pais sobre gravidez e métodos, foram mais importantes do que sua estrutura.

O uso de contraceptivo à época da gravidez não se mostrou associado ao seu desfecho. A relação dos jovens com a contracepção merece ser analisada, para desvelar os determinantes mais mediatos dessas práticas. Apesar do conhecimento generalizado sobre contraceptivos, persistem noções equivocadas sobre concepção e contracepção, explicando em parte a pouca efetividade dos métodos<sup>28</sup>. Somam-se problemas de acesso aos serviços públicos de saúde, o elenco restrito de insumos, a descontinuidade no seu suprimento e a insuficiência de locais organizados para atender os jovens.

Deve ser destacada a menor declaração de aborto entre homens pentecostais, coerente com valores, atitudes e práticas mais conservadores sobre sexualidade<sup>16</sup>. Diferentemente das mulheres, entre os homens, ser ainda adolescente à época da gravidez da parceira associou-se à maior ocorrência de aborto. Para eles, a pouca idade provavelmente implica a menor capacidade de arcar com as exigências de novo núcleo familiar.

As diferenças entre cidades, com maiores proporções de aborto na primeira gravidez em Salvador e menores em Porto Alegre, suscitam a necessidade de futuras investigações. Possivelmente, estes padrões conjugam aspectos socioeconômicos e distinções culturais das cidades que determinam diferenças na disponibilidade e acesso dos jovens aos serviços de saúde reprodutiva. Essas cidades configuram cenários bastante diferentes quanto à socialização dos jovens, aos modos de entrada na sexualidade e às trajetórias amorosas. Contrariamente aos estereótipos culturais, as jovens em Porto Alegre iniciam-se sexualmente mais cedo, mas relatam menos gravidez e aborto, em contraste com Salvador, onde apesar da iniciação mais tardia, a gravidez e o aborto provocado são mais prevalentes<sup>16</sup>.

Se, como já apontado em análises anteriores da presente pesquisa<sup>29</sup>, a maioria das jovens não pretendia engravidar, embora não estivesse usando contraceptivos, parece pertinente qualificar o primeiro episódio reprodutivo como “não previsto”. Esta noção, como postulam algumas autoras<sup>12</sup>, abarca diferentes representações sobre gravidez, distinguindo-se dos termos comumente utilizados, como não planejada/não desejada, que não traduzem a eventual ambivalência face ao desejo de um filho.

Compreender os processos que culminam na decisão pelo aborto foi objeto de análise específica dos dados. A análise das entrevistas da etapa qualitativa da Pesquisa GRAVAD<sup>5</sup> já havia evidenciado que, diante de gravidezes não previstas, a

alternativa do aborto é plausível abrangendo um *continuum* desde a simples cogitação, a tentativa sem êxito, à sua realização, ainda que nem sempre desejada.

A discussão do tema não pode desconhecer a situação singular brasileira, de extrema desigualdade e exclusão social de uma parcela importante da população, cujos efeitos atingem duramente os jovens. Essa heterogeneidade social conforma distintas possibilidades para jovens de diferentes origens sociais, com diversas configurações de família e redes de sociabilidade, condições materiais de existência, percursos escolares, perspectivas e inserções reais no mercado de trabalho. Nestas múltiplas trajetórias, os projetos de conjugalidade e de maternidade/paternidade assumem lugares e significados específicos. Portanto, conclui-se que estes determinantes certamente fornecerão para os jovens, diante de uma gravidez não prevista, possibilidades distintas de enfrentamento diante da decisão acerca de sua eventual interrupção.

Cabe ao Estado e aos governos efetivarem ações intersetoriais de modo a assegurar os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens. Isto implica garantir-lhes acesso à educação e à serviços de saúde de qualidade, provendo-os de informações e meios necessários para que possam vivenciar sua sexualidade de forma responsável e segura, especificamente quanto aos métodos contraceptivos e de prevenção de DSTs, sobretudo considerando o cenário atual com a epidemia de AIDS. Poder evitar gestações não previstas, mas diante delas, ter a autonomia necessária para realizar escolhas e as vivenciar sem riscos à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas — Brasília: Ministério da Saúde.2005.
- 2- Fonseca W; Misago C, Correia LC, Parente JAM, Oliveira FCI. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1996;30(1):13-18.
- 3- Costa RG, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. *Cad. Saúde Pública* 1995;11(1):97-105.
- 4- Ramirez-Galvez MC. Os impasses do corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário [Dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Antropologia Social; 1999.
- 5- Peres SO. Aborto e juventude: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2003.
- 6- Duarte G. Contracepção e aborto: perspectiva masculina [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil; 2000.
- 7- Silva RS. O uso da Técnica de Resposta ao Azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. *Rev. Bras. Estudos Populacionais* 1993;10(1/2):41-56.
- 8- 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.
- 9- Olinto MTA. Aborto induzido: Frequência, Fatores de Risco e Preditores [Tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 1998.
- 10- The Alan Guttmacher Institute *Sharing Responsibility: Women, Society & Abortion Worldwide*. Nova Iorque: The Alan Guttmacher Institute. 1999.
- 11- Bankole A, Singh S, Haas Y. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives* 1998; 24(3):117-127.
- 12- Bajos N, Ferrand M et l' équipe GINÊ, organizadores. *De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues*. Paris: Inserm. 2002.

- 13- Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(8):601-5.
- 14- Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Víctora C et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos: sexualidade e AIDS* 2002;17:13-45.
- 15- World Health Organization. Young People's Health: a challenge do society. *Report of a WHO Study Group on Young People and Health for all by the year 2000*. Geneva: WHO, Technical Report Series, 731; 1986.
- 16- Heilborn ML et al., organizadores. *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond. 2006.
- 17- Stata Corp. *Stata Statistical Software: release 8.0: survey data*. College Station, TX: Stata Corporation; 2003.
- 18- Bajos N, Marquet J. Research on HIV sexual risk: Social relations-based in a cross-cultural perspective. *Social, Science & Medicine* 2000; 50:1533-1546.
- 19- Smith LB, Adler NE, Tschman JM. Underreporting Sensitive Behaviors: The Case of Young Women's Willingness to Report Abortion. *Health Psychology* 1999;18(1): 37-43.
- 20- Udry RJ, Gaughan M, Schwingl PJ, Berg BJ. A medical record linkage analysis of abortion underreporting. *Family Planning Perspectives* 1996;28(5):228:31
- 21- Huntington D, Mensch B, Miller VC. Survey Questions for the Measurement of Induced Abortion. *Studies in Family Planning* 1996;27(3):155-161.
- 22- Michael RT. Abortion Decisions in the United States. In: Edward O. Laumann & Robert T. Michael (Eds.) *Sex, love and health in America: private choices and public policies*. Chicago: The University of Chicago Press; 2001. p.377-438.
- 23- Pirotta KCM, Schor, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev. Saúde Pública* 2004;38(4):495-502.
- 24- Le Van C. *Les Grossesses à L'Adolescence. Normes Sociales, Réalités Vécues*. Paris: Éditions L'Harmattan. 1998.
- 25- Singh S, Darroch JE, Frost JJ and Study Team. Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries. *Family Planning Perspectives* 2003;33(6):251-258&289.



- 26- Gupta M, Leite IC. Adolescent fertility behaviour: trends and determinants in Northeastern Brazil. *International Family Planning Perspectives* 1999;25:125-130.
- 27- Miller BC, Benson B, Galbraith, KA. Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review* 2001, 21:38.
- 28- Almeida MCC, Aquino EM, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev. Saúde Pública* 2003;37(5):566-75.
- 29- Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J et al. Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(Sup.2):S377-S388.

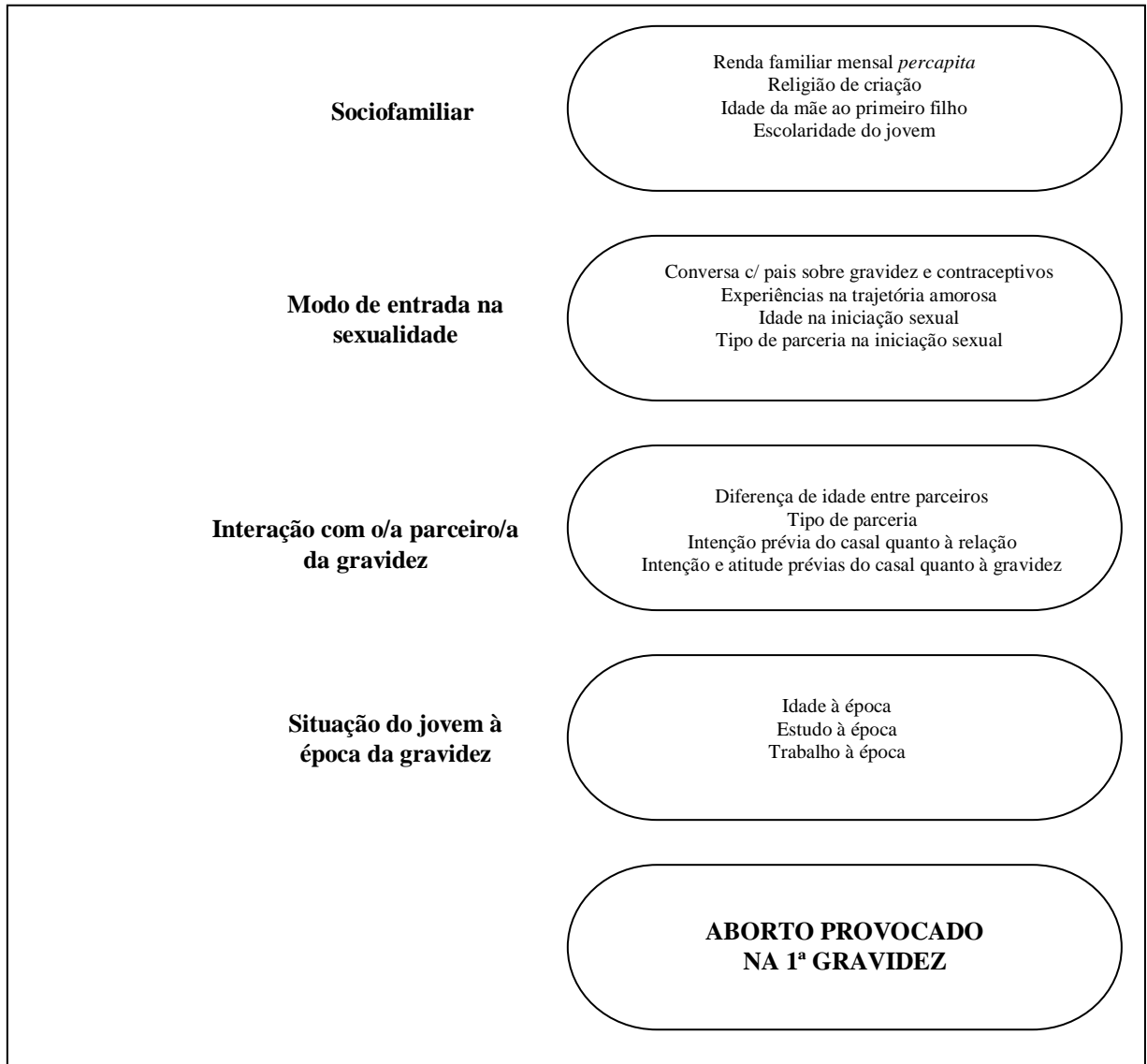
#### COLABORADORES

Greice Menezes contribuiu na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Estela Maria Leão de Aquino contribuiu na concepção do estudo, definição de estratégias e técnicas de levantamento de dados, construção do instrumento de pesquisa, coordenação da pesquisa em Salvador, incluindo desde a seleção e treinamento da equipe, supervisão geral do trabalho de campo, construção da base de dados, análise, interpretação dos dados e revisão do texto. Diordene Silva colaborou na realização das análises estatísticas.

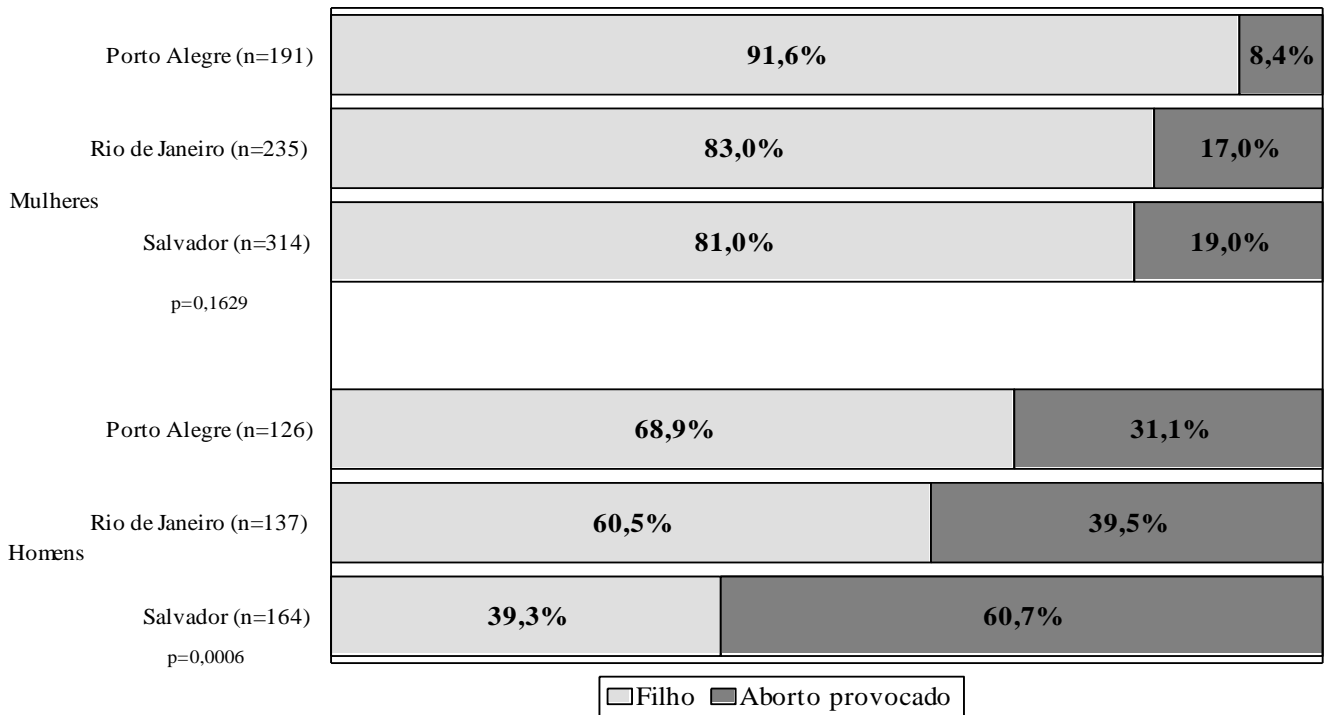
#### AGRADECIMENTOS

A pesquisa GRAVAD – *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* foi originalmente elaborada por Maria Luiza Heilborn (IMS/UERJ), Michel Bozon (INED, França), Estela M. L. Aquino (MUSA/ISC/UFBA), Daniela Knauth e Ondina Fachel Leal (NUPACS/UFRGS). Agradecemos a Ceres G. Victora, Fabíola Rohden, Cecília McCallum, Tânia Salem, Elaine Brandão, Jenny Araújo, Maria da Conceição C. de Almeida e aos demais membros da equipe GRAVAD, bem como o consultor estatístico Antônio José Ribeiro Dias. Agradecemos, ainda, o apoio financeiro da Fundação Ford, CNPq e da CAPES, através de seus programas de bolsas. Somos gratas aos Professores Michel Bozon, pelas sugestões acerca da análise, Nelson Oliveira, da Universidade Federal da Bahia e Aluísio F. Barros da Universidade Federal de Pelotas, pelas recomendações relativas à análise estatística. Um agradecimento especial à Maria da Conceição C. de Almeida e aos bolsistas do PIBIC Antoniel P. de Barros e Silvia Regina R. Lemos pelo apoio no processamento e na análise estatística dos dados.

**Figura 1 - Modelo hierarquizado de análise do processo de determinação do aborto provocado na primeira gravidez de jovens de 18 a 24 anos**



**Gráfico 1 - Desfecho da primeira gravidez segundo sexo e cidade**



Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002

População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).

\* Excluídas as gravidezes terminadas em aborto espontâneo e aquelas em curso no momento da entrevista.

**Tabela 1- Fatores associados ao aborto provocado na primeira gravidez de mulheres e entre homens na primeira vez que engravidaram uma parceira**

Fatores	Relato de aborto					
	Mulheres			Homens		
	n	%	p	n	%	p
<b>Sócio-familiares</b>						
<b>Renda familiar mensal per capita</b>						
Até R\$180,00 <sup>a</sup>	451	8,3	0,0000	192	41,3	0,1652
R\$ 181,00 e mais	289	29,3		235	50,0	
<b>Escolaridade</b>						
Até ensino fundamental completo	513	10,2	0,0000	305	41,3	0,0153
Médio ou superior (mesmo incompleto)	210	30,2		118	61,6	
<b>Mobilidade escolar</b>						
Jovem e mãe com até nível fundamental de escolaridade	457	9,5	0,0000	256	40,5	0,0837
Jovem em mobilidade ascendente	123	25,6		47	65,6	
Jovem em mobilidade descendente	52	17,7		47	44,2	
Jovem e mãe com nível médio ou superior de escolaridade	85	38,7		71	57,7	
<b>Religião de criação</b>						
Pentecostal	68	7,0	0,1159	37	21,8	0,0655
Católica	515	19,6		265	46,4	
Outras	73	15,0		57	42,1	
Sem religião	78	9,2		65	54,3	
<b>Idade da mãe ao 1º filho</b>						
Até 19 anos	415	11,0	0,0001	218	47,7	0,6415
20 e mais anos	324	23,1		204	44,5	
<b>Relativos à entrada na sexualidade</b>						
<b>Conversou com pai ou mãe sobre gravidez e métodos contraceptivos</b>						
Sim	263	12,5	0,1444	179	45,1	0,9542
Não	476	19,2		244	45,6	
<b>Experiência de ficar/namorar</b>						
Só namorou	217	5,9	0,0011	26	28,8	0,2088
Namorou e ficou	522	20,5		400	47,1	
<b>Idade da primeira relação sexual</b>						
Mais precoce <sup>b</sup>	584	18,2	0,1402	332	45,1	0,7918
Mais tardia <sup>c</sup>	154	11,9		94	47,1	
<b>Natureza da relação com o/a parceiro/a da iniciação sexual</b>						
Eventual	70	35,8	0,0008	192	55,3	0,0116
Fixa <sup>d</sup>	669	15,0		234	39,0	
<b>Relacionados à interação com o/a parceiro da primeira gravidez</b>						
<b>Intenção prévia quanto à relação</b>						
Casar ou morar/ Já era casada/o ou morava com o/a parceiro/a	453	12,4	0,0019	156	36,1	0,0228
Não pretendia casar ou morar/Querida acabar a relação/Não pensava no futuro	283	23,4		270	51,6	
<b>Natureza da relação</b>						
Eventual	21	34,8	0,0428	53	82,1	0,0000
Fixa <sup>e</sup>	712	16,1		367	39,7	
<b>Diferença de idade com o/a parceiro/a</b>						
Mais nova/o ou até 1 ano mais velha/o	147	11,2	0,0918	313	42,0	0,0249
Mais velha/o 2 ou mais anos	575	18,2		107	59,8	
<b>Intenção e atitude prévias quanto à gravidez</b>						
Não queriam engravidar e estavam usando contraceptivos	90	26,7	0,0121	333	43,5	0,1100
Demais situações <sup>f</sup>	645	15,2		93	55,1	
<b>Relativos à situação à época da gravidez</b>						
<b>Idade à época</b>						
Até 19 anos	601	17,5	0,3183	293	54,5	0,0001
20 e mais anos	138	12,8		133	28,7	
<b>Estudava à época</b>						
Sim	571	19,6	0,0046	304	49,1	0,2080
Não	161	4,4		119	38,3	
<b>Trabalhava à época</b>						
Sim	466	16,6	0,9807	353	43,0	0,0450
Não	272	16,5		70	63,5	

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002.

População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).

a-Valor do salário mínimo à época do inquérito.

b-Para mulheres, até 17 anos e para homens até 16 anos.

c-Para mulheres, 18 e mais anos e para homens, 17 e mais anos.

d-Inclui parceiros como: namorado/a, esposo/a ou companheiro/a ou outro/a não eventual.

e-Inclui parceiros como: aquele/a da iniciação sexual, do primeiro namoro, outro/a fixo/a e parceiro/a atual.

f-Inclui: estava tentando engravidar; queria engravidar mais tarde; não pensava no assunto, independente do uso de contraceptivos.

**Tabela 2- Análise hierarquizada por regressão logística dos fatores associados ao aborto provocado na primeira gravidez de mulheres**

Fatores	OR 95% IC				
	Bruto	Ajustado			
		Nível I <sup>1</sup>	Nível II <sup>2</sup>	Nível III <sup>3</sup>	Nível IV <sup>4</sup>
<b>Sócio-familiares</b>					
<b>Renda familiar mensal per capita</b>					
Até R\$180,00 <sup>£</sup>	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*
R\$ 181,00 e mais	4,6 (2,6-8,2)	3,8 (2,0-7,1)	3,6 (2,0-6,6)	4,2 (2,2-8,1)	<b>4,5 (2,3-8,7)</b>
<b>Escolaridade</b>					
Até ensino fundamental completo	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*
Médio ou superior (mesmo incompleto)	3,8 (2,1-6,8)	2,4 (1,3-4,2)	2,9 (1,7-5,1)	2,8 (1,5-5,1)	<b>2,2 (1,2-4,0)</b>
<b>Religião de criação</b>					
Pentecostal	1,0*	1,0*			
Católica	3,2 (0,9-11,9)	2,1 (0,5-8,4)			
Outras	2,3 (0,5-11,0)	1,3 (0,2-6,9)			
Sem religião	1,3 (0,3-5,8)	1,8 (0,4-9,1)			
<b>Idade da mãe ao 1º filho</b>					
Até 19 anos	1,0*	1,0*			
20 e mais anos	2,4 (1,5-3,8)	1,5 (0,9-2,6)			
<b>Relativos à entrada na sexualidade</b>					
<b>Conversou com pai ou mãe sobre gravidez e métodos contraceptivos</b>					
Sim	1,0*		1,0*		
Não	1,7 (0,8-3,4)		1,5 (0,7-3,3)		
<b>Experiência de ficar/namorar</b>					
Só namorou	1,0*		1,0*	1,0*	1,0*
Namorou e ficou	4,1 (1,7-10,1)		2,8 (1,1-7,1)	2,6 (1,0-6,7)	<b>2,7 (1,1-6,7)</b>
<b>Idade da primeira relação sexual</b>					
Até 17 anos	1,6 (0,8-3,2)		2,0 (1,0-4,2)	1,9 (0,9-4,1)	1,7 (0,6-4,4)
18 e mais anos	1,0*		1,0*	1,0*	1,0*
<b>Natureza da relação com o parceiro da iniciação sexual</b>					
Eventual	3,2 (1,6-6,4)		2,0 (0,9-4,4)	1,6 (0,7-3,9)	1,8 (0,8-4,2)
Fixa <sup>δ</sup>	1,0*		1,0*	1,0*	1,0*
<b>Relacionados à interação com o parceiro da primeira gravidez</b>					
<b>Intenção prévia quanto à relação</b>					
Casar ou morar/ Já era casada ou morava com o parceiro	1,0*			1,0*	1,0*
Não pretendia casar ou morar/Querida acabar a relação/Não pensava no futuro	2,2 (1,3-3,5)			2,2 (1,2-3,8)	<b>1,9 (1,1-3,5)</b>
<b>Natureza da relação</b>					
Eventual	2,8 (1,0-7,8)			4,8 (1,1-19,9)	3,0 (0,8-11,5)
Fixa <sup>β</sup>	1,0*			1,0*	1,0*
<b>Diferença de idade com o parceiro</b>					
Mais novo ou até 1 ano mais velho	1,0*			1,0*	
Mais velho 2 ou mais anos	1,8 (0,9-3,5)			1,7 (0,7-3,9)	
<b>Intenção e atitude prévias quanto à gravidez</b>					
Não queriam engravidar e estavam usando contraceptivos	2,0 (1,2-3,6)			2,1 (0,9-4,6)	1,8 (0,7-4,2)
Demais situações <sup>ψ</sup>	1,0*			1,0*	1,0*
<b>Relativos à situação à época da gravidez</b>					
<b>Idade à época</b>					
Até 19 anos	1,4 (0,7-3,0)				1,2 (0,4-3,6)
20 e mais anos	1,0*				1,0*
<b>Estudava à época</b>					
Sim	5,3 (1,5-18,6)				2,9 (0,8-10,4)
Não	1,0*				1,0*
<b>Trabalhava à época</b>					
Sim	1,0				1,0
Não	1,0 (0,6-1,6)				1,0 (0,6-1,8)

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002.

População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).

\* Grupo de referência.

1- Para variáveis sócio-familiares.

2- Para variáveis selecionadas no nível I e para variáveis relacionadas ao modo de entrada na sexualidade.

3- Para variáveis selecionadas nos níveis I e II para variáveis relacionadas à interação entre parceiros.

4- Para variáveis selecionadas nos níveis I, II e III e para variáveis relacionadas à situação da jovem à época da gravidez.

£-Valor do salário mínimo à época do inquérito.

δ- Inclui parceiros como: namorado, esposo ou companheiro ou outro não eventual.

β- Inclui parceiros como: aquele da iniciação sexual, do primeiro namoro, outro fixo e parceiro atual.

ψ- Inclui: estava tentando engravidar; queria engravidar mais tarde; não pensava no assunto, independente do uso de contraceptivos.

**Tabela 3- Análise hierarquizada por regressão logística dos fatores associados ao aborto provocado entre homens na primeira vez que engravidaram uma parceira**

Fatores	OR 95% IC				
	Bruto	Ajustado			
		Nível I <sup>1</sup>	Nível II <sup>2</sup>	Nível III <sup>3</sup>	Nível IV <sup>4</sup>
<b>Sócio-familiares</b>					
<b>Renda familiar mensal per capita</b>					
Até R\$180,00 <sup>£</sup>	1,0*	1,0*			
R\$ 181,00 e mais	1,4 (0,9-2,3)	1,1 (0,6-2,0)			
<b>Escolaridade</b>					
Até ensino fundamental completo	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*
Médio ou superior (mesmo incompleto)	2,3 (1,2-4,5)	2,5 (1,3-4,9)	2,1 (1,1-4,1)	2,0 (1,0-3,8)	<b>2,4 (1,1-5,2)</b>
<b>Religião de criação</b>					
Pentecostal	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*
Católica	3,1 (1,3-7,3)	2,9 (1,2-7,0)	2,2(1,0-5,1)	2,3(0,9-5,8)	1,9 (0,7-4,9)
Outras	2,6 (0,7-10,2)	2,5 (0,6-10,4)	2,2 (0,6-7,4)	2,3 (0,6-9,1)	2,3 (0,6-9,7)
Sem religião	4,3 (1,5-12,2)	4,4 (1,5-13,5)	4,1 (1,5-11,3)	4,2 (1,3-13,8)	<b>3,7 (1,2-11,8)</b>
<b>Idade da mãe ao 1º filho</b>					
Até 19 anos	1,0*	1,0*			
20 e mais anos	0,9 (0,5-1,5)	0,7 (0,4-1,4)			
<b>Relativos à entrada na sexualidade</b>					
<b>Conversou com pai ou mãe sobre gravidez e métodos contraceptivos</b>					
Sim	1,0*		1,0*		
Não	1,0 (0,6-1,9)		1,3 (0,7-2,2)		
<b>Experiência de ficar/namorar</b>					
Só namorou	1,0*		1,0*	1,0*	1,0*
Namorou e ficou	2,2 (0,6-7,7)		3,5 (1,0-12,6)	1,5 (0,5-4,6)	1,4 (0,5-4,4)
<b>Idade da primeira relação sexual</b>					
Até 16 anos	0,9 (0,5-1,7)		0,9 (0,5-1,8)		
17 e mais anos	1,0*		1,0*		
<b>Natureza da relação com a parceria da iniciação sexual</b>					
Eventual	1,9 (1,2-3,2)		1,8 (1,1-3,1)	1,7 (1,0-3,0)	<b>1,8 (1,0-3,2)</b>
Fixa <sup>δ</sup>	1,0*		1,0*	1,0*	1,0*
<b>Relacionados à interação com a parceira da primeira gravidez</b>					
<b>Intenção prévia quanto à relação</b>					
Casou ou morar/ Já era casado ou morava com o parceira	1,0*			1,0*	
Não pretendia casar/Querida acabar a relação/Não pensava no futuro	1,9 (1,1-3,3)			1,4 (0,8-2,6)	
<b>Natureza da relação</b>					
Eventual	6,9 (2,7-18,1)			4,7 (1,9-11,3)	<b>5,6 (2,2-14,0)</b>
Fixa <sup>β</sup>	1,0*			1,0*	1,0*
<b>Diferença de idade com a parceira</b>					
Mais nova ou até 1 ano mais velha	1,0*			1,0*	1,0*
Mais velha 2 ou mais anos	2,1 (1,1-3,9)			2,1 (1,0-4,2)	1,8 (0,9-3,8)
<b>Intenção e atitude prévias quanto à gravidez</b>					
Demais situações <sup>ψ</sup>	1,0*			1,0*	
Não queriam engravidar e estavam usando contraceptivos	1,6 (0,9-2,8)			1,5 (0,8-2,9)	
<b>Relativos à situação à época da gravidez</b>					
<b>Idade à época</b>					
Até 19 anos	3,0 (1,7-5,2)				<b>3,1 (1,6-6,0)</b>
20 e mais anos	1,0*				1,0*
<b>Estudava à época</b>					
Sim	1,5 (0,8-3,1)				0,9 (0,4-2,2)
Não	1,0*				1,0*
<b>Trabalhava à época</b>					
Sim	1,0*				1,0*
Não	2,2 (1,0-5,3)				2,2 (0,8-5,4)

Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002.

População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).

\* Grupo de referência.

1- Para variáveis sócio-familiares.

2- Para variáveis selecionadas no nível I e para variáveis relacionadas ao modo de entrada na sexualidade.

3- Para variáveis selecionadas nos níveis I e II para variáveis relacionadas à interação entre parceiros.

4- Para variáveis selecionadas nos níveis I, II e III e para variáveis relacionadas à situação do jovem à época da gravidez.

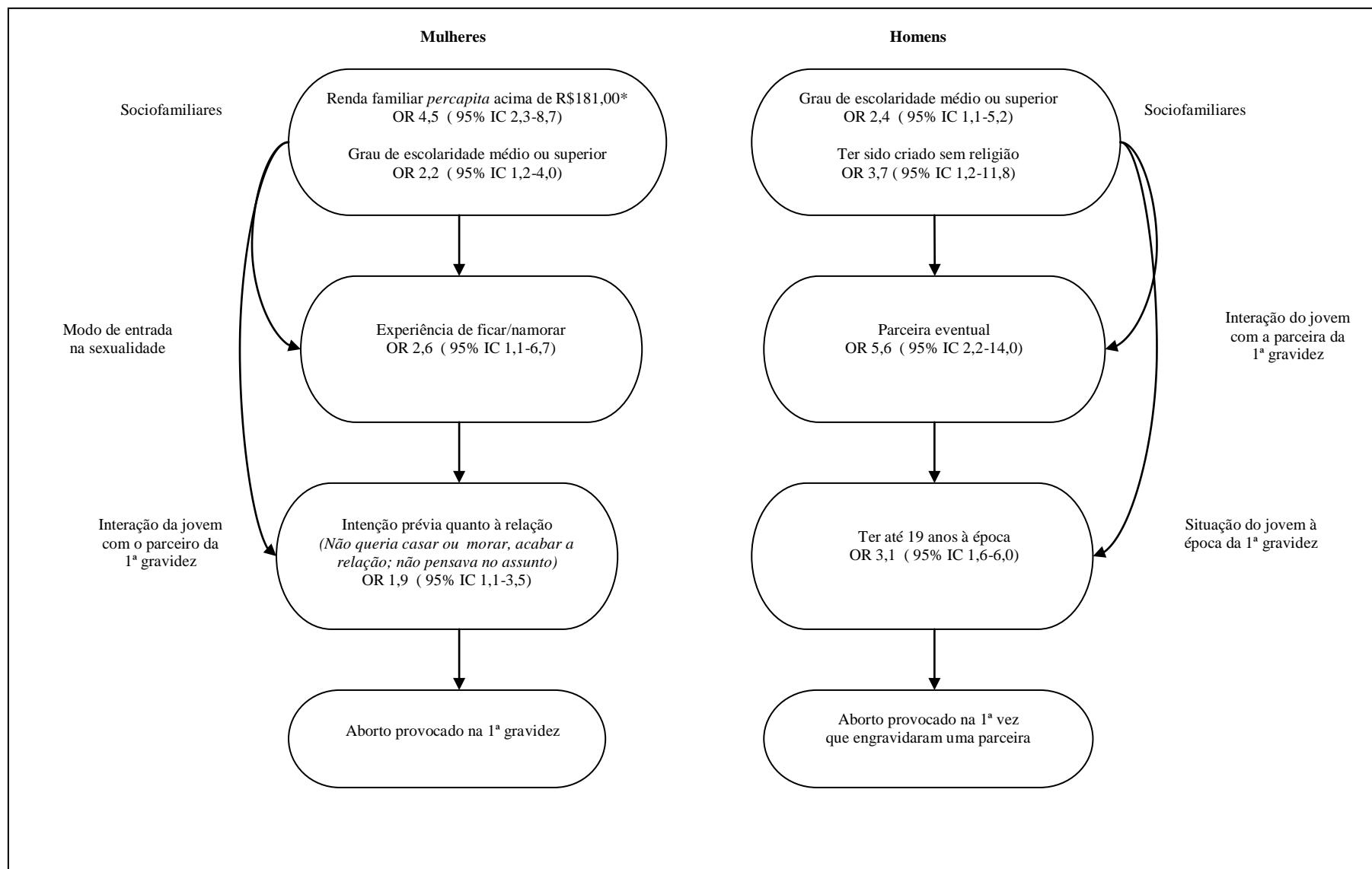
£-Valor do salário mínimo à época do inquérito.

δ- Inclui parceiras como: namorada, esposa ou companheira ou outra não eventual.

β - Inclui parceiras como: aquela da iniciação sexual, do primeiro namoro, outra fixa e parceira atual.

ψ-Inclui: estava tentando engravidar a parceira; queria engravidá-la mais tarde; não pensava no assunto, independente do uso de contraceptivos.

**Figura 2 - Modelo final da análise hierarquizada por regressão logística dos determinantes do aborto provocado na 1ª experiência de gravidez de mulheres e homens (relativa às suas parceiras).**



Fonte: Pesquisa GRAVAD, 2002.  
 População: Jovens de 18 a 24 anos, Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA).  
 \* Salário mínimo à época

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 7.1. Sobre os Limites e Validade do Estudo

Na literatura epidemiológica, no campo da saúde pública, o aborto é considerado uma questão “sensível”, “delicada” ou mesmo “embaraçosa”<sup>28</sup>, de difícil declaração.

Para Rossier (2003) muitos métodos têm sido usados para estimar o nível de ocorrência do aborto provocado: inquéritos com provedores de serviços de saúde em contextos ilegais; estatísticas hospitalares por complicações do aborto; registros de mortalidade; auto-declaração das mulheres através de entrevista face a face, por telefone ou através de instrumentos auto-aplicados, inclusive com ajuda de equipamentos de áudio, ou computador; estudos prospectivos; relato anônimo de terceiros; e estimativa de “*experts*”. Para essa autora, nenhum deles assegura a completa fidedignidade da informação sobre esta prática, devendo-se sempre contar com algum grau de imprecisão nas medidas.

O grau de omissão do relato sobre o aborto apresenta-se pois como o principal problema metodológico a ser enfrentado em estudos populacionais que buscam obter a informação diretamente das mulheres. Uma menor declaração de abortos provocados em uma população sob investigação introduz um erro na mensuração desse evento, subestimando sua ocorrência.

A prática do aborto, envolta em aspectos religiosos, morais e éticos, é objeto de forte reprovação, com as mulheres tendo dificuldades em admitir que a ele recorreram.

Para Boltanski (2004), nem a legalização do aborto nem as argumentações que têm sido (re)elaboradas para conferir legitimidade à sua prática conseguiram colocar um

---

<sup>28</sup> Nos textos de epidemiologia, utiliza-se o termo “*sensitive questions*”.



ponto final nos debates e conflitos que suscita. Ao ser declarado pelas mulheres, como algo feito na perspectiva de um mal menor, deve ser sempre alvo de justificativas, enfatizando-se as circunstâncias atenuantes que explicitam como, naquela situação, não se poderia ter agido de outra forma.

Nessas condições, para esse autor, a tendência é subtraí-lo da esfera pública, de onde dele se fala apenas na sua generalidade, seja para condená-lo, seja para defender o direito de ser praticado. Entretanto, a referência a seus atos concretos permanece circunscrita aos círculos restritos: ou no âmbito de relações privadas e íntimas (onde aliás sempre esteve, junto com as demais práticas femininas ligadas à reprodução), para grupos seletos de pessoas, as quais se estima serem capazes de escutar, compreender e mesmo aceitar as justificativas dadas na tentativa de mostrar que, naquela situação não havia outra solução ou, em contextos institucionais, onde estão protegidos pelo segredo profissional (Boltanski, 2004).

De forma geral, esta situação se agrava em locais onde o aborto é criminalizado. Entretanto, sua omissão é registrada mesmo em contextos onde, apesar de legalizado, cenários sociais são mais restritivos à sua prática e, ao contrário, parece haver maior facilidade para o seu relato, em situações de ilegalidade mas com ambientes sociais mais permissivos à sua realização (Huntington et al., 1996).

O relato do aborto é variável em função do desenho do estudo, da fonte e dos procedimentos utilizados para obtenção da informação – técnica de produção do dado, local da entrevista, características do entrevistador e tipo de formulação da questão (Barreto et al., 1992; Zamudio & Rubiano, 1995).

Segundo Rossier (2003), em inquéritos através de questionário, modificações no modo de perguntar a questão podem favorecer o relato, como a inserção de questões indiretas (não estigmatizantes) ou de filtros (argüir inicialmente sobre a gravidez, se

desejada ou não; se foi ou não a termo e as perdas). Outro procedimento seria a adoção de técnicas visando a confidencialidade das respostas face ao entrevistador, como a utilização de questionários auto aplicados, ou a TRA. Esta última técnica tem se mostrado bastante eficiente, ainda que apresente limites quando se trata de entrevistados com baixa escolaridade (Rider et al., 1976).

Huntington et al. (1996), após revisão de estudos realizados em diferentes países com ambientes de maior ou menor permissividade à realização do aborto, concluem que não existe um contexto “único e universal” para discussão do tema. Em locais sem restrição legal, a utilização de questões diretas produziu maior nível de relato. Entretanto, em cenários menos liberais, com uma elevada ocorrência de gravidezes não desejadas, (como é o caso do Brasil), a questão indireta ou filtro favoreceu maior relato. Parece haver maior disponibilidade dos jovens para responder questões delicadas nos inquéritos (Anderson et al., 1994), havendo autores, inclusive, que advogam ter a entrevista face a face um melhor desempenho quando feita por telefone ou outros métodos indiretos (Smith et al., 1999).

Para outros investigadores (Huntington et al., 1996; Rasch et al., 2000; Whittaker, 2002), em se tratando de entrevistas face a face, o aspecto mais fundamental parece ser o estabelecimento de um contexto pouco estigmatizante e não ameaçador, em um ambiente de privacidade, sendo fundamental o adequado treinamento dos entrevistadores.

No Brasil, em uma investigação já mencionada anteriormente, Silva (1993) avaliou a declaração de mulheres acerca do aborto provocado, através de entrevistas face a face, comparando as respostas de uma questão direta com aquela obtida utilizando a TRA. A autora verificou uma ocorrência de aborto cinco vezes maior com o uso desta última técnica, tendo as mais jovens, as não casadas, as mulheres com um

número de filhos nascidos vivos menor ou inferior aquele considerado ideal, as não usuárias de contraceptivos e aquelas com restrições à prática de aborto, as entrevistadas que mais omitiram uma interrupção da gravidez.

Na pesquisa GRAVAD, alguns cuidados foram adotados visando favorecer a declaração dos temas investigados, inclusive do aborto provocado: na elaboração do instrumento de coleta dos dados, na seleção dos entrevistadores, entre outros.

No que tange à concepção do questionário, vários aspectos podem ser assinalados, como a introdução progressiva dos temas, com a inserção de perguntas indiretas<sup>29</sup> sobre a ocorrência de gravidez e seu resultado, em eventos distintos da trajetória afetivo-sexual dos entrevistados. A inserção de questões específicas sobre o primeiro aborto provocado no penúltimo bloco e a repetição das perguntas sobre gravidez e seu resultado em diferentes momentos do questionário se constituiu uma ferramenta de controle interno da consistência das respostas, importante para apoiar a avaliação acerca da fidedignidade da informação declarada. Na revisão dos questionários, identificou-se um número reduzidíssimo de casos (menos de 10) de inconsistências e incoerências nas respostas sobre gravidezes e seus resultados em diferentes momentos do questionário, sendo sobretudo o caso de jovens que inicialmente negaram ter engravidado nos relacionamentos questionados, mas posteriormente declararam uma gravidez nas questões específicas sobre aborto provocado.

Do mesmo modo, a seleção dos entrevistadores contemplou critérios como a proximidade etária, a possibilidade de mudança pelo entrevistado para um entrevistador do mesmo sexo, caso este último percebesse algum tipo de desconforto na interação, esta última situação tendo ocorrido muito raramente; por fim, a formação profissional

---

<sup>29</sup> Se engravidou durante aquele relacionamento e qual o resultado (nascimento de um filho; aborto espontâneo; aborto provocado) – questão estimulada de resposta única.

da equipe e o seu treinamento cuidadoso, com discussões visando a sensibilização para as temáticas abordadas.

No manual do trabalho de campo podem ser recuperadas várias orientações sobre o contexto da entrevista não só quanto à ênfase sobre a confidencialidade das respostas (o questionário não continha a identificação da/o entrevistada/o, feita por código alfa numérico), assim como pela busca de local que assegurasse a privacidade.

Todo o material de divulgação desde a etapa da varredura até momento da entrevista, assim como a apresentação da pesquisa como uma iniciativa da universidade contribuíram para dar crédito à investigação, minimizando perdas e recusas.

Uma consulta à avaliação dos entrevistadores, realizada logo após a conclusão do trabalho de campo evidenciou que houve excelente aceitação da entrevista, que transcorreu, na grande maioria dos casos com poucas interrupções, avaliadas como não tendo tido impacto sobre a entrevista (Aquino et al., 2006a). Paiva (1996) e Rieth (1998a), em trabalhos anteriores com jovens, já haviam assinalado que temas referentes à sexualidade são objeto de grande interesse nesse momento de suas vidas e contribuem para um clima de grande investimento na entrevista.

Convém reafirmar que a mensuração do aborto não se configurou como objetivo central da investigação. A inclusão das perguntas sobre este tema em um estudo que tratava da sexualidade e reprodução na juventude era obrigatória e expressava, de imediato, a compreensão da equipe de que o aborto estava inserido na trajetória sexual e reprodutiva dos jovens. Por outro lado, o questionário, ao abranger um conjunto amplo de questões sobre estas trajetórias, permitiu ampliar a análise, preenchendo lacunas identificadas na literatura ou contemplando aspectos pouco explorados sobre o tema.

Sobre os possíveis erros randômicos, o processo amostral, garantindo aleatoriedade e representatividade dos jovens de distintos estratos sociais,

provavelmente minimizou sua ocorrência. Os procedimentos adotados resultaram numa amostra cuja distribuição, segundo idade e sexo, é bastante similar aos dados do censo 2000. Do mesmo modo, com relação aos possíveis erros que ocasionariam vieses de seleção, o critério definido para identificação do entrevistado entre os elegíveis (data de aniversário dos jovens) provavelmente deve ter contribuído para reduzir a sua ocorrência.

As perdas durante o inquérito foram bastante reduzidas (6,7%), tendo sido resultantes sobretudo de problemas de acesso aos domicílios, em bairros populares localizados em áreas inseguras ou naqueles de alta renda, cujos esquemas de segurança inviabilizaram a entrada os entrevistadores; ou, decorrentes da ausência do jovem escolhido (3,9%) por estarem fora do domicílio. Também as recusas atingiram proporções reduzidas, tendo ocorrido quer por iniciativa do jovem (3,8%) ou de terceiros impedindo o acesso dos entrevistadores a eles (0,2%) (Aquino et al., 2006a).

Quanto aos potenciais vieses de informação, em se tratando de uma população jovem, no início das suas vidas, é pouco provável que possa ter ocorrido problemas de rememoração de um evento tão significativo como um aborto. Conforme sintetizado abaixo (Quadro III), não é possível afastar que possa ter havido superestimação do relato de aborto, com jovens tendo declarado como aborto provocado ou mesmo espontâneo uma tentativa de interrupção da gravidez face a um atraso menstrual; sobretudo porque a entrevista não continha qualquer questão sobre confirmação da gravidez através de testes ou exames. Ainda que tal situação possa ter ocorrido, é improvável que tenha sido de grande monta.

A questão central entretanto situa-se em torno da revelação de um aborto provocado, que pode ter sido declarado como espontâneo ou ter motivado a omissão da própria gravidez. Quanto ao aborto espontâneo, neste estudo, as maiores proporções

relatadas por exemplo, para a primeira gravidez, ficaram abaixo de 15%, estimativa de desfecho de gestações reconhecidas por atraso menstrual ou confirmação de testes específicos.

**QUADRO III**

TIPO	SUPERESTIMAÇÃO	SUBESTIMAÇÃO
ABORTO ESPONTÂNEO	<b>Aborto provocado declarado como espontâneo</b>  Atraso menstrual declarado como aborto espontâneo	Aborto espontâneo considerado como atraso menstrual
ABORTO PROVOCADO	Aborto espontâneo declarado como provocado  Atraso menstrual declarado como aborto provocado, após uso de método abortivo	<b>Aborto provocado declarado como espontâneo</b>  <b>Omissão da gravidez que resultou em aborto provocado</b>

De toda forma, como pontua Michael (2001), as informações sobre aborto provenientes dos inquéritos não devem ser desprezadas apenas porque são passíveis de subdeclaração dos eventos. Esta constatação requer cuidados específicos na interpretação dos dados. O estudo do tema suscita a contribuição de diferentes perspectivas, agregando fontes de informação distintas (inquéritos, registros de serviços de saúde e dados qualitativos). Quanto aos inquéritos, permitem investigar outros aspectos como as características dos indivíduos, suas famílias e os contextos do aborto, elementos pouco contemplados nas demais fontes, possibilitando ainda a comparação com aqueles/as que não relataram abortos.

## ***6.2. Novas Perspectivas de Análises sobre o Tema***

Uma primeira perspectiva diz respeito à realização de uma análise comparativa entre as três cidades, comprometida no presente estudo, dado o número insuficiente de casos.

Ao identificar o padrão de ocorrência de aborto entre os jovens entrevistados, verificou-se variação na magnitude desse relato nas três cidades investigadas, que apresentam diferenças quanto ao seu nível de desenvolvimento sócio-econômico, ao seu contexto cultural e ao grau de organização do setor saúde e sua rede de serviços.

Singh & Sendgh (1997) mostram que desde o início da década de 90, as regiões do país encontravam-se em uma situação diferente com relação à transição demográfica das suas populações, com os estados das regiões Sudeste e sobretudo, Sul estando em uma etapa mais “avançada”. Foi na região Nordeste que o papel do aborto parece ter sido mais importante na queda da fecundidade.

Portanto, é importante proceder a novas investigações que permitam responder se é possível falar de diferentes juventudes nesses locais e como operam, em cada um deles, os determinantes de gênero, classe e raça. As diferenças entre os jovens das cidades estudadas quanto aos indicadores de socialização, ao modo de entrada na sexualidade e as trajetórias afetivo-sexuais, evidenciadas pela pesquisa GRAVAD (Heilborn, 2006), certamente permitem elucidar parte da explicação do fenômeno. Também deve ser analisado o grau de estruturação dos serviços de saúde nas três cidades e sua capacidade de atender as demandas dos jovens em termos de contracepção. Como visto, a despeito de uma iniciação feminina mais precoce em Porto Alegre, foi nesta cidade onde se registrou o menor relato de gravidez e aborto.

Na impossibilidade de validação externa das declarações obtidas na pesquisa GRAVAD, uma segunda perspectiva de análise a ser explorada é a realização de novas checagens para testar a coerência interna dos dados. Uma das alternativas é investigar as declarações dos jovens segundo o resultado da gravidez: filho, aborto espontâneo, aborto provocado, como efetuado por Rasch et al. (2000). O questionário fornece informações que permitem identificar diferenças entre esses grupos quanto aos aspectos subjetivos (intenção de engravidar) e as atitudes diante da gravidez (reação própria, do parceiro e das famílias de ambos). Análises não apresentadas neste trabalho mostram uma maior proximidade entre os jovens que declararam o nascimento de um filho e aqueles com experiência de aborto espontâneo como desfecho da gravidez, entretanto, é recomendável uma investigação mais aprofundada, incluindo elementos objetivos como uso de serviços de saúde e relato de complicações do aborto, que podem ajudar a elucidar diferenças entre eventos declarados como espontâneos ou provocados.

A possibilidade de recorrer aos dados do último módulo do questionário com o registro dos entrevistadores sobre o contexto da sua interação com os jovens pode se configurar como um caminho para avaliação indireta de potenciais vieses. Assim, pode ser feita uma análise daqueles em cujas entrevistas registrou-se a presença de outras pessoas durante a entrevista (menos de um quinto dos casos, excluídas as crianças) ou daqueles considerados muito desconfiados no momento (percentuais inferiores a 5% nas três cidades) ou mesmo daqueles em que o entrevistador teve dúvida da sua sinceridade em alguma resposta do módulo específico sobre gravidez e seus desdobramentos (proporções abaixo de 13%) (Aquino et al., 2006a).

De toda forma, a análise das respostas da sub-amostra dos jovens escolhida para controle de qualidade, que indica o grau de confiabilidade geral do conjunto mais amplo do material obtido, mostrou que na re-entrevista com estes jovens, embora sem incluir



questões específicas sobre aborto, obteve-se alto grau de concordância tanto para homens como para as mulheres, nas perguntas sobre iniciação sexual (99,3% e 99,6%), gravidez (97,9% e 99,8%) e filhos (99,0% e 99,7%) (Aquino et al, 2006a).

Ainda, vale a pena realizar uma análise exploratória dos jovens que concederam as entrevistas após a terceira visita (sobretudo em Porto Alegre onde este percentual alcançou 19,7%, sendo nas outras cidades menores que 5%) (Aquino et al., 2006a), supondo que tenham um perfil mais próximo daqueles que constituíram o grupo de perdas e verificando se detêm especificidades que os caracterizariam como mais expostos a realizar um aborto.

Por fim, outro percurso interessante de análise refere-se à investigação de um possível efeito do sexo do entrevistador nas respostas dos entrevistados sobre aborto. Foram raros os casos em que o/a entrevistado/a solicitou mudança do entrevistador alegando uma preferência por alguém de outro sexo, tendo ocorrido sobretudo no estudo piloto. Entretanto, dados do re-teste aplicado a 350 entrevistados/as no controle de qualidade revelaram que mulheres e homens diferiram ao apontarem sua preferência quanto ao sexo da pessoa que os entrevistou. Assim, se para a maioria dos rapazes (78,9%) era indiferente o sexo do entrevistador, com apenas uma pequena proporção destes indicando uma leve preferência por entrevistadoras mulheres (14,0%), quase a metade das moças (45,6%) mencionou uma preferência por alguém também do sexo feminino, ainda que para as demais (53,8%) este tenha sido um aspecto que lhes era indiferente (Aquino et al, 2006a).

Uma terceira perspectiva de análise refere-se ao aprofundamento da análise dos tipos de desfecho da gravidez segundo o tipo/natureza do/a parceiro/a da relação amorosa, tendo em vista a relevância deste aspecto nos resultados apresentados. Uma

questão que permanece sem resposta nesta pesquisa refere-se à análise dos casais em condições de homogamia, ou não, de cor/raça declarada.

Uma quarta frente de análise diz respeito ao aprofundamento da investigação sobre homens e aborto. O maior relato de aborto entre os rapazes merece futuras investigações, podendo ser devido a um efeito de declaração ou a maior ocorrência do evento entre eles, pelas diferenças de gênero nas suas trajetórias afetivo-sexuais, ou ambas. Concordando com Ramirez-Galvez (1999), trazer a perspectiva masculina para o debate sobre o tema não implica o afastamento das mulheres. Para a autora, é necessária a desconstrução da reprodução como um evento das mulheres, limitado a visão biologizante de um processo fisiológico, circunscrito ao corpo onde ocorrem a fecundação, gravidez, aborto ou parto; nesta visão, enfatiza-se sobretudo a relação da mulher com o feto, obscurecendo sua relação com o parceiro da gravidez, cuja dinâmica é modelada pelos determinantes de gênero. Com a maior visibilidade dos homens nesse contexto, será possível analisar a díade, isto é o casal que engravida, seu status, seus projetos de parentalidade e suas atitudes diante da concretização de uma gravidez. Inclusive para explorar as situações de concordância e discordância, os fatores associados a estas situações e sua relação com o desfecho das gravidezes.

O aprofundamento da relação entre religião e aborto também deve ser considerado. No presente trabalho, apesar do reconhecimento da sua importância, tendo a variável "religião de criação" estado presente em todas as análises, este aspecto não pode ser explorado dada a limitação do número absoluto de casos, impedindo estratificação dos dados. Entretanto, as indicações obtidas confirmaram uma posição mais tradicional dos jovens pentecostais, merecendo futuras incursões analíticas.

Por fim, um aspecto ainda a ser explorado envolve a definição dada ou o *status* conferido pelas próprias mulheres às suas gravidezes. Face à incipiência da literatura

sobre o tema no país e considerando sua grande diversidade cultural, indaga-se se termos consagrados nos textos estrangeiros como planejar/pretender/desejar são utilizados pelas mulheres e homens brasileiros e em quais condições o fazem.

### ***6.3. As contribuições do estudo e suas implicações para as políticas públicas***

A relevância do presente trabalho apoia-se, como já referido, no reconhecimento do aborto como problema de saúde pública, além da proeminência do seu estudo entre jovens, um grupo considerado particularmente vulnerável.

A inserção deste trabalho em uma investigação mais ampla sobre juventude, sexualidade e reprodução, conjugando dados de natureza qualitativa e quantitativa, permitiu “cercar” o tema de diferentes perspectivas. A discussão realizada sobre o aborto buscou suporte nas abordagens das ciências sociais, dada a forma interdisciplinar que o objeto do estudo foi tratado pela equipe em contraposição as interpretações essencialistas através das quais a gravidez e o aborto ainda são muitas vezes tratados no campo da saúde e, mesmo na saúde coletiva.

Se por um lado, esse diálogo com as análises socioantropológicas sobre o tema contribuiu para enriquecer a discussão dos resultados encontrados, por outro, colocou a autora diante do desafio de enfrentar as dificuldades inerentes ao trânsito interdisciplinar.

Algumas definições metodológicas incorporadas na produção dos dados da Pesquisa GRAVAD, pelo seu caráter inovador, permitiram assim novas frentes de análise sobre o tema do aborto. A inclusão dos homens na pesquisa conferiu visibilidade à perspectiva masculina e, embora tenha sido mantida uma certa parcimônia na interpretação dos resultados dessas análises, já que os modelos para compreensão do

fenômeno entre eles são menos conhecidos e mais complexos, confirmou-se sua importância nas decisões reprodutivas das mulheres.

Por outro lado, pela abrangência populacional do estudo, possibilitou investigar um universo mais amplo de jovens, incluindo indivíduos de distintos estratos sociais, contribuindo para ampliar a discussão sobre o aborto.

Para além da confirmação da situação das jovens de menor escolaridade e renda, com maiores dificuldades de efetivarem uma prática contraceptiva consistente e efetiva, aspectos já bem retratados pelas pesquisas realizadas em unidades de internação da rede pública, os resultados permitiram desvendar a heterogeneidade das jovens diante da gravidez e do aborto. Dessa forma, destacou-se a posição daquelas de origem social mais favorecida sendo duplamente privilegiadas, pois não só se protegem de forma mais eficaz, expondo-se menos ao risco de uma gravidez, como também na eventual ocorrência deste evento, podem optar pela sua interrupção e realizá-la em condições mais seguras, sem necessitar hospitalização nos serviços públicos para concluírem o procedimento do aborto ou tratarem das suas complicações.

Os resultados apresentados no primeiro artigo permitiram discriminar, de forma clara, o grupo que mencionou não ter ainda engravidado, com a origem social dos jovens aproximando rapazes e moças quanto à essa experiência e os determinantes de classe tornando-se nesse aspecto mais proeminentes que os constrangimentos de gênero. Dessa forma, a análise evidenciou que o perfil deste grupo esteve associado a características que informavam sua situação mais privilegiada: escolaridade e renda familiar mais elevadas, referência à nunca ter trabalhado ou tê-lo iniciado após os 19 anos, poucas atribuições nas tarefas domésticas. Soma-se a estas o relato de ter conversado com a mãe sobre gravidez e contracepção e de ter tido uma iniciação sexual protegida com uso de contraceptivos. Essa situação contrasta com aquela dos jovens que

relataram uma gravidez, independente do seu resultado, representada pelos atributos de baixa escolaridade e renda familiar, entrada precoce no mercado de trabalho, além do relato de ausência de conversas com mãe sobre gravidez e contraceptivos e de uma iniciação sexual com menor idade e sem proteção.

Entretanto, distinções de gênero aparecem na maior declaração de gravidez por parte das mulheres, resultando sobretudo no nascimento de um filho, provavelmente pelo seu maior nível de engajamento com parceiros mais velhos, com a gravidez, na maior parcela dos casos, antecipando uma união conjugal. Entretanto, entre os rapazes, ao referirem-se as suas parceiras, as gravidezes mais freqüentemente tiveram como desfecho um aborto provocado.

Esse quadro se mantém nas três cidades, ainda que, como visto, a magnitude do relato desses eventos oponha as/os jovens residentes em Salvador àquelas/es de Porto Alegre, com estes últimos informando menos freqüentemente gravidez, independente do seu resultado. A técnica de Análise de Correspondência confirmou a situação diferenciada dos jovens dessas cidades, ainda que não tenha permitido uma nítida distinção entre os grupos de jovens segundo o desfecho da gravidez, distinguindo aqueles que relataram experiências de aborto provocado daqueles cujo resultado comportou o nascimento de um filho ou um aborto espontâneo.

No segundo artigo da tese, ao analisar os dados das jovens acerca da primeira gravidez, constatou-se, reiterando as indicações de Peres (2003) que, apesar do relato das entrevistadas de uma atitude inicial de aceitação da gravidez, a cogitação do aborto ou mesmo a tentativa de efetivá-lo constituíram-se alternativas presentes, evidenciando a situação heterogênea dessas mulheres diante deste primeiro evento reprodutivo.

Uma parte importante das moças, a despeito do relato de não estarem tentando engravidar nessa ocasião, não utilizava contraceptivos. Diante dessa gravidez,

aparentemente considerada não prevista, algumas recorreram ao aborto, tendo esta decisão sido construída em meio a sentimentos ambivalentes, envolvendo o parceiro e sua família. Nesse processo, as circunstâncias vigentes à época da gravidez ainda que relevantes, são também mediadas por diversos fatores relativos à suas histórias pessoais e suas expectativas quanto ao futuro, modeladas pela sua origem de classe.

A atitude inicial frente a gravidez e suas alternativas "não incluiu em abortar, "cogitou um aborto" e "tentou efetivá-lo", apesar de apresentarem uma certa ordenação revelaram-se mais complexas. Se este *contínuum* pode ser constatado entre as duas primeiras — não incluiu abortar e o cogitou, o mesmo não pode ser afirmado entre as duas últimas — cogitou e tentou um aborto. De fato, muitas jovens relataram ter cogitado interromper a gravidez e posteriormente decidiram fazê-lo ou não; entretanto ter tentado um aborto ao tomar conhecimento da gravidez não expressava necessariamente uma atitude de maior assertividade/menor hesitação em relação à decisão de abortar, como visto. Se isto parece ter ocorrido para algumas, para outras, todavia, pode estar indicando uma fase do processo de decisão, com maior ambivalência quanto à gravidez, dado que o percentual de aborto entre essas jovens que declararam ter tentado abortar foi menor do que aquele verificado entre as que cogitaram fazê-lo. E para outras ainda, a tentativa pode simplesmente ter sido fracassada pela sua impossibilidade de acesso a métodos eficazes de interrupção da gravidez.

No terceiro artigo, analisando o desfecho da primeira gravidez das moças e dos rapazes, relativamente as suas parceiras, desigualdades sociais foram evidenciadas, com as jovens dos estratos sociais mais favorecidos (escolaridade mais elevada, renda familiar mais alta) relatando mais raramente uma gravidez, entretanto diante desta, informando recorrer mais a um aborto. Em uma situação próxima, as jovens com mobilidade escolar ascendente, pois a despeito dos constrangimentos da sua origem

social, com um maior investimento nos seus projetos de estudo, tendem a postergar o nascimento do primeiro filho, levando-as mais freqüentemente a interromper uma gravidez eventual. No outro pólo, as moças das camadas populares, pois não só engravidam mais, como vivem mais rapidamente a experiência da maternidade.

A partir destes resultados, algumas reflexões foram feitas na perspectiva de fornecer subsídios para as políticas de saúde. Certamente, as ações necessárias para que sejam garantidas aos jovens reais oportunidades para desenvolverem suas potencialidades e de fato realizarem escolhas sem constrangimentos remetem a dimensões mais estruturais, como a diminuição da pobreza, a redução das desigualdades, o controle da violência, desafios que exigem um maior período de tempo para sua concretização.

Entretanto, os investimentos na educação da população podem ter resultados mais imediatos, com benefícios a serem usufruídos já pelas gerações seguintes. A relevância da escolaridade como fator associado a comportamentos reprodutivos mais seguros e desfechos menos desfavoráveis como o aborto aponta para a necessidade de esforços urgentes de modificação da estrutura educacional brasileira, oferecendo aos segmentos jovens não só um ensino de qualidade, mas uma proposta educacional libertadora que discuta as discriminações de gênero, raça e classe.

Ainda que essas ações estejam fora do alcance do setor saúde, há uma enorme responsabilidade deste setor, que deve ser compartilhada pelo Estado brasileiro, pelos gestores nas distintas esferas do governo até os profissionais de saúde, na sua prática cotidiana nos serviços.

Várias medidas já destacadas anteriormente constam de Planos e Normas existentes no país, alguns já enunciados desde a década de 80. De imediato, a massificação de uma informação qualificada sobre contracepção, articulada à proteção

contra as doenças sexualmente transmissíveis e o acesso a um leque mais diversificado de métodos para evitar uma gravidez (incluindo a contracepção de emergência). Ação que envolve mudanças no "planejamento familiar", tal como é hoje oferecido por grande parcela dos serviços de saúde, como mera distribuição de métodos, mas também realização de campanhas educativas e treinamentos dos profissionais.

Contudo, tais ações não se realizarão no vazio e para serem efetivas devem se inscrever em outras modalidades assistenciais que contemplem a integralidade da atenção aos jovens, organizando os serviços de forma especial para seu atendimento. Isto implica também um esforço na capacitação dos profissionais que atendem esses jovens, desde a sua formação universitária, que não incorpora quase nada da discussão sobre estes temas, até as iniciativas de educação continuada, para aqueles já engajados nos serviços.

Especificamente sobre os serviços que lidam com a saúde reprodutiva, além de medidas visando favorecer a inclusão dos homens no atendimento, deve-se buscar, na atenção às mulheres (e particularmente as mais jovens) durante a gravidez e sobretudo durante o abortamento, pautar a relação entre elas e os profissionais, em bases mais éticas, com o reconhecimento por parte destes da sua diversidade e dos direitos sexuais e reprodutivos que lhes são garantidos.

Por fim, todas estas questões adquirem maior complexidade se considerarmos os efeitos da incorporação de inovações tecnológicas nos processos de reprodução humana. Em uma direção, a difusão do aborto medicamentoso, já uma realidade em alguns países europeus e a possibilidade aberta para práticas cada vez mais precoces de interrupção da gestação, a exemplo do RU 486<sup>30</sup>. Em uma outra, as novas tecnologias reprodutivas, suscitando respostas imediatas sobre o estatuto dos embriões congelados e seu direito a

---

<sup>30</sup> Antiprogestínico, usado em combinação com uma prostaglandina, utilizado para interromper gestações entre 7 a 10 semanas.



ter direitos. No cenário brasileiro, este "futuro" que chega em uma velocidade surpreendente nos encontra, de muitas formas, ancorados em um presente que por vezes parece imutável — barreiras culturais, morais e religiosas à educação sexual, acesso limitado a contracepção, práticas clandestinas de abortamento inseguro, mortes maternas por aborto.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, M. (Coord.). **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004. 428p.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino**: uma realidade latino-americana. New York: AGI, 1994. 32p.

\_\_\_\_\_. **Sharing responsibility**: women, society and abortion worldwide. New York; Washington: AGI, 1999. 56 p.

ALBUQUERQUE, R. M. et al. Mortalidade Materna em Recife: 1- Avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, jan./mar. 1997.

ALEGRIA, F. V. L.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. A. F. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 473-477, dez. 1989.

ALMEIDA, C. C. O lugar dos homens na contracepção. In: SILVA, D. de P. M. da. (Org.). **Novos Contornos no Espaço Social**: gênero, geração e etnia. Rio de Janeiro: UERJ; NAPE, 1999, p. 23-30.

ALMEIDA, M. C. C. et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 556-575, out. 2003.

ANDERSON, B. et al. The validity of surveys responses on abortions: evidence from Estonia. **Demography**, v. 31, n. 1, p. 115-132, fev. 1994.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-388, 2003.

\_\_\_\_\_.; ARAÚJO, M. J.; ALMEIDA, M. C. C. de. Pesquisa GRAVAD: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. In: HEILBORN, M.L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006a.

\_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M.L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade**: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond, 2006b.

ARIÉS, P. H. **História social da criança e da família**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ARILHA, M. Homens: entre a “zoeira” e a “responsabilidade”. In: ARILHA, M., RIDENTI, S. G. U., MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e Masculinidades**: outras palavras. São Paulo: ECOS; Ed. 34, 1998. p. 51-78.

\_\_\_\_\_. Homens, Saúde Reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999a. p. 455-467.

\_\_\_\_\_. Reprodução e responsabilidades: tensões e perspectivas. In: SILVA, D. de P. M. da. (Org.). **Novos Contornos no Espaço Social: gênero, geração e etnia**. Rio de Janeiro: UERJ; NAPE, 1999b, p. 31-56.

\_\_\_\_\_.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: \_\_\_\_\_. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. p. 687-708. 2 v.

ÁVILA, M. B.. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003.

AYRES, J. R.; CALASANS, G. J. In: VIEIRA, E. M. (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998. p. 97-109.

BACHELOT, A. Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm. 2002. p. 79-115. (Questions en santé publique).

BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). Introduction. In: \_\_\_\_\_. **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm. 2002. p. 1-17. (Questions en santé publique).

\_\_\_\_\_.; FERRAND, M.; HASSOUN, D. Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm. 2002. p. 33-78. (Questions en santé publique).

BANKOLE, A., SINGH, S., HAAS, Y. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. **International Family Planning Perspectives**, New York, v. 24, n. 3, p. 117-127. 1998.

\_\_\_\_\_. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. **Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar**, New York, n. Especial, p. 10-19, 2001.

BARBOSA, R. M.; ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 408-417, 1993.

BARRETO, T. et al. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. **Studies in Family Planning**, v. 23, n. 3, p. 159-170, 1992.

BENDER, S. S.; GEIRSSON, R. T.; KOSUNEN, E. Trends in teenage fertility, abortion, and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries, 1976-99. **Acta Obstet Gynecol. Scand**, v. 82, p. 38-47, 2003.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional Saúde Reprodutiva e Sexualidade do jovem - 1989-1990**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1992.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM; DHS; IBGE; USAID; MS; FNUAP; UNICEF, 1997.

BETTIOL, H. et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 404-413, 1992.

BOEHS, A. E. et al. Aborto provocado - estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis. **Ciência & Cultura**, v. 35, n. 4, p. 501-506. 1983.

BOLTANSKI, L. **La condition fœtale**: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement. Paris: Gallimard, 2004. 420 p.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero. 1983.

BOZON, M. **Sociologie de la Sexualité**. Paris: Nathan Université, 2002. 128 p. (Sociologie, 128)

\_\_\_\_\_. et al. **Pour une approche socio-anthropologique des comportements sexuels et reproductifs pendant la jeunesse au Brésil**: la construction de l'enquête. [s.]: *Gravad*. 2001. INED. Séminaire "Questions de genre en démographie", 22 juin. (paper) 19 p, 2001.

BRANDÃO, E.R. **Individualização e vínculo familiar em camadas médias**: um olhar através da gravidez na adolescência. 2003. 320f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 75 p.

BRUNO, Z.V.; BAILEY, P. E. Gravidez em adolescentes no Ceará: Maternidade ou Aborto. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998. p. 57-66.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 283-292, 2003.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e Anticoncepção da população de 15 a 19 anos: gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E.M. et al. (Org.). **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998a. p. 35-46.

\_\_\_\_\_. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: \_\_\_\_\_. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998b. p. 109-133. v.1

COLEMAN, P K. & NELSON, E. S. Abortion Attitudes as Determinants of Perceptions Regarding Male Involvement in Abortion Decisions. **Journal of American College Health**, v. 47, n. 4, p. 174-171,1999.

COMPTE, G. M. **Mortalidade Materna**. 1993. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1995.

- CORRÊA, S.; FREITAS, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 389-395, 1997.
- COSTA, S. H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K; COSTA, S. H. (Org.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- COSTA, M. C. et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2005.
- COSTA, R.G. et al. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-105, 1995.
- DADOORIAN, D. Adolescentes. Porque elas querem engravidar? **Femina**, v. 24, n. 1, p. 47-51, 1996.
- DAGUERRE, A.; NATIVEL, C. **Les maternités précoces dans le pays développés: problèmes, dispositifs, enjeux politiques**. Paris: CERVL Institut d'Études Politiques de Bordeaux. Dossiers d'Études, 2004.
- DOMINGUEZ, G. I. Varones adolescentes: Los significados de la paternidad en la transición hacia los roles adultos. In: BILAC, E. D. & ROCHA, M. I. B. (Orgs.). **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: Ed. 34, p. 237-260. 1998.
- DIAS, A. B. **Parentalidade juvenil e relações familiares em Salvador, Ba.** 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- DUARTE, G. **Contraceção e aborto: perspectiva masculina**. 2000. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- DURAND, S.; FERRAND, M., BAJOS, N. Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. (Orgs). **De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues**. Paris: Inserm, 2002. p. 249-302. (Questions en santé publique).
- FALOPPA, C.C. et al. Gravidez na adolescência: estudos de 50 casos atendidos na Maternidade Municipal de Londrina – PR. **Semina**, v. 15, n. Especial, p. 30-35, jun. 1994.
- FISCHER, R. C. et. al. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. **J. Fam. Prac**, v. 48, n. 2, p. 117-122, 1999.
- FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 13-18, 1996.

FRAGA, J. C. A. & SUAREZ, M. A. Rol Masculino y Disminución de la Fecundidad: el caso cubano. In: BILAC, E. D. & ROCHA, M. I. B. (Orgs.). **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: Ed. 34, p. 211-60. 1998.

GALLAND, O. Adolescence, pós-adolescence, jeunesse: retour a quelques interprétations. **Révue Française de Sociologie**, v. 42, n. 4, p. 611-640, 2001.

GARCIA, S.M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M., RIDENTI, S. G. U., MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e Masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Ed. 34, p. 31-50, 1998.

GOZZANO, J. O. et al. Comportamento sexual e gestação na adolescência. **J. Bras. Ginecologia**, v. 100, n. 5/6, p.125-8, 1990.

GUEVARA-RUISEÑOR, E. Amor y pareja en la responsabilidad de los hombres ante el aborto. In: **Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad**. Buenos Aires: AEP/CEDES/CENEP, 1998.

HARDY, E.; ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 4, p. 454-458, 1992.

HARDY, E. et al. Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. **Rev. Ginecol. Obstet**, v. 2, n. 3, p. 111-116, 1991.

HARDY, E.; REBELLO, I. Aborto provocado entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 259-66, 1993.

HEILBORN, M. L. Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: \_\_\_\_\_. **Seminário Gravidez na Adolescência**. [s.l:s.n], 1998.

\_\_\_\_\_. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos: sexualidade e AIDS**, Porto Alegre, ano 8, n.17, p.13-45, Jun. 2002.

HEILBORN, M. L. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Garamond., 2006.

HENSHAW, S.H.; SINGH, S.; HAAS, T. La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar**, n. especial, p. 16-24, 1999.

HOLMBERG, L. I. & WAHLBERG, V. The Process of Decision-Making on Abortion: A Grounded Theory Study of Young Men in Sweden, **Journal of Adolescent Health**, n. 26, p. 230-234, 2000.

HUNTINGTON, D; MENSCH, B.; MILLER, V. C. Survey questions for the measurement of induced abortion. **Studies in Family Planning**, v. 27, n. 3, p. 155-161, 1996.

JONES, R.K.; DARROCH, J. E.; HENSHAW, S.K. Patterns in the Socioeconomic Characteristics of Women Obtaining Abortions in 2000-2001. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 34, n. 5, p. 226-235, 2002.

KROELINGER, C. D. & OTHS, K. S. Partner Support and Pregnancy Wantedness. **Birth**, v. 27, n. 2, p. 112-19, 2000.

LE VAN, C. Les Grossesses Adolescentes: drame réelle ou incongruité sociale? **Mana: Revue de Sociologie et d'Anthropologie**, v. 3, p. 139-167, 1997.

\_\_\_\_\_. **Les Grossesses à L'Adolescence: Normes Sociales, Réalités Vécues**. Paris: Éditions L'Harmattan, 1998. 204 p.

LEAL, A. F. **Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade**. 2003. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LEAL, O. F. & BOFF, A. M. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, Richard & BARBOSA, Regina M. (Orgs.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará: ABIA: IMS/UERJ, p. 119-135, 1996.

LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. **Revista de Filosofia Política**, Nova Série 2, p. 173- 195, 1998.

LEITE, I. C. Descontinuação dos métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1005-1016, 2003.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE. P., LENOIR, R. MERLLIÉ, D. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 59-106.

MARCONDES, W.B. Perspectivas relacionais para a inserção masculina na esfera da saúde reprodutiva. In: SILVA, Dayse de P. M. da. (Org.). **Novos Contornos no Espaço Social: gênero, geração e etnia**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, p. 57-66, 1999.

MENEZES, G.M.S.; AQUINO, E.M L. **Mortalidade Materna na Bahia, 1998: Relatório de Pesquisa**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2001.

MICHAEL, R. T. Abortion Decisions in the United States. In: EDWARD O. Laumann; ROBERT, T. Michael. (Eds.). **Sex, love and health in America: private choices and public policies**. Chicago: The University of Chicago Press, 2001. p. 377-438.

MORAES FILHO, O. B. et al. Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. **Rev. IMIP**, v. 11, n. 1, p. 32-41. 1997.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.3, p. 191-221. (Dossiê Gênero em Gerações). 1999.

MOTTA, M. L.; SILVA, J. L. P. Gravidez entre adolescentes muito jovens. **Femina**, v. 22, n. 5, p. 348-351, 1994.

MURTA, E. F. C. et al. Abortamento séptico: identificação de fatores de risco para complicações. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 23, n. 3, p. 153-157, 2001.

NATIONS, M. K. et al. Women's hidden transcripts about abortion in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 44, n. 12, p. 1833-1845, 1997.

OLINTO, M. T. A. **Aborto induzido: frequência, fatores de risco e preditores**. 1998. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP).

OSIS, M. J. D. et al. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 444-51, 1996.

PAIVA, V. Sexualidades Adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito social. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Orgs.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará: ABIA: IMS/UERJ, p. 213-234, 1996.

PALMA, I. & QUILODRÁN, C. Opções Masculinas: Jovens diante da Gravidez. In: COSTA, A. de O. (Org.). **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: PRODIR/FCC. Rio de Janeiro: Ed. 34, p. 141-171, 1997.

PARENTE, A. C. B. V. et al. Etiologia do aborto criminoso em Teresina. **Rev. Assoc. Saúde Pública de Piauí**, v. 1, n. 2, p. 137-45, 1998.

PARPINELLI, M. A. et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 22, p. 27-32, 2000.

PERES, S. O. **Aborto e juventude: um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência**. 2003. Tese. (Doutorado em Medicina Social)- Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, L. S. et al. Abortamento séptico **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 10, n. 6, p. 133-6, 1988.

PINTO, E. A. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U. MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e Masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS; Ed. 34, 1998. , p. 101-128.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2002.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a interrupção voluntária da gravidez a partir do discurso de estudantes universitários da USP. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004. Caxambu/MG: **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2004.

**PROJETO GRAVAD: gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil**. Heilborn, Maria Luiza (Coord.) [s.l:s.n.].1998. 45p.

RASCH, V. M. D. et al. An empathetic setting can improve the quality of data. **Am. J. Public Health**, v. 90, n. 7, p. 1141-1144, 2000.



RAMIREZ-GALVEZ, M. C. **Os impasses do corpo:** ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. 1999. Dissertação. (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia Social, UNICAMP, Campinas (SP).

REIS, A. et al. Estudo epidemiológico do abortamento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 17. n. 4, p. 453-461, 1995.

RIDER, R.V. et al. A comparison of four methods for determining prevalence of induced abortion, Taiwan, 1970-1971. **American Journal of Epidemiology**, v. 103, n. 1, p. 37-50, 1976.

RIETH, F. Ficar e Namorar. In: BRUSCHINI, C.; HOLANDA, H. B. de. (Orgs.). **Horizontes plurais:** novos estudos de gênero no Brasil.. São Paulo: FCC; Ed. 34, 1998a. p. 113-133

\_\_\_\_\_. Amor e Sexualidade. In: BÉRIA, J. (Org.). **Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998b. p.15-26.

\_\_\_\_\_. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horizontes Antropológicos:** sexualidade e AIDS, v.17, p. 77-100, 2002.

ROSENBERG, F. Comentários sobre o painel II. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário Gravidez na Adolescência.** Rio de Janeiro: USAID/FHI/Women's Studies Project/Associação Saúde da Família, 1998. p. 92-96.

ROSSIER, C. Estimating induced abortion rates: a review. **Study in Family Planning**, v. 34, n 2, p. 87-116, 2003.

SANTOS, C. A. Aborto: um olhar displicente da sociedade. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994. Caxambu/MG. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEP, 1994.

SANTOS, S. R. & SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.1, p.15-23. 2003.

SCAVONE, L.; BRÉTIN, H.; THÉBAUD-MONY, A. Contraceção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Estudos Feministas**, Santa Catarina, v. 2, n. 2, p. 357-72, 1994.

SCHOR. et al. Adolescência: vida sexual e anticoncepção. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., Caxambu/MG. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1998.

SILVA, R. S. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, v. 10, n. 1/2, p. 41-56, 1993.

\_\_\_\_\_. Gravidez na adolescência: aonde mora o problema? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., Caxambu/MG. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1996.

SILVA, R. S. O impacto do aborto ilegal na saúde reprodutiva: sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 1, p. 53-75, 1997.

\_\_\_\_\_. Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras. **Rev. Bras. de Estudos de Pop.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2002.

\_\_\_\_\_. ; MORELL, M. G. G. Em que medida as paulistanas recorrem ao aborto provocado. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., Ouro Preto/MG). **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2002.

SINGH, S.; SEDGH, G. Relación del aborto com las tendencias anticonceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México. **Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar**, n. especial, p. 2-13, 1997.

SMITH, L. B; ADLER, N.E.; TSCHMAN, J.M. Underreporting sensitive behaviors: the case of young women's willingness to report abortion. **Health Psychology**, v. 18, n. 1, p. 37-43, 1999.

SOUZA et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.

THEMIS - Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Instrumentos Internacionais de Proteção. Porto Alegre: Themis, 1997. 141p.

VIANNA, A. M. et al. Estudo do perfil epidemiológico das pacientes com aborto provocado na Maternidade da Encruzilhada. **Revista do IMIP**, v. 4, n. 2, p. 88-91, 1990.

ZAMUDIO, L.; RUBIANO, N. Primer Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Conclusiones y Recomendaciones. **Compilación**. Transcripción y primera revisión: Ana María Pizarro. Santafé de Bogotá, Colombia. D.C., 21p. 1995.

WHITTAKER, A. Eliciting qualitative information about induced abortion: lessons from Northeast Thailand. **Health Care Women Int**, v. 23, n. 6-7, p. 631-41, 2002.