

Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí

Induced abortion among prostitutes: a survey
using the ballot-box technique in Teresina - Piauí

Alberto Pereira Madeiro¹
Andréa Cronemberger Rufino¹

Abstract *This study assesses the prevalence of induced abortion among prostitutes and lists the most common abortion practices. A survey was conducted with 310 prostitutes between 18 and 39 years of age, by sampling age quotas in the 5 territorial areas of Teresina in the state of Piauí. Data collection was conducted through the use of 2 questionnaires: the first, by the ballot-box technique, with questions about abortion; the second, completed by the researcher, with socio-demographic information. The practice of abortion was reported by 163 (52.6%) women. Most prostitutes performed 1 abortion (50.3%), but 16.5% of them reported carrying out 3 or more. Misoprostol was used alone in 68.1% of the reports and associated with tea and/or probes in 9.2%, followed by tea in 13.4%, probes in 3.7%, and uterine curettage in unregulated clinics in 3.7%. There was post-abortion hospitalization in 47.8% of the cases. After adjustment of the multiple logistic regression model, the variable that remained significantly associated with abortion was to have had 3 or more pregnancies. These results revealed that induced abortion is an event of great prevalence among prostitutes in Teresina. Misoprostol is the most common method to abort and hospitalization was necessary in almost half of cases.*

Key words *Induced abortion, Prostitution, Misoprostol, Sexual and reproductive rights*

Resumo *Este artigo avalia a prevalência do aborto induzido entre prostitutas e caracteriza as práticas para abortar mais comuns. Realizou-se levantamento com 310 prostitutas de 18 a 39 anos, através de amostra por cotas de idade nas 05 zonas territoriais de Teresina-Piauí. Foram empregados 02 questionários: o primeiro, pela técnica de urna, com perguntas sobre a prática do aborto; o segundo, preenchido pelo pesquisador, com informações sociodemográficas. A prática do aborto induzido foi relatada por 163 (52,6%) mulheres. A maior parte realizou 01 aborto (50,3%), mas 16,5% delas relatou 3 ou mais. O misoprostol foi empregado isoladamente em 68,1% dos relatos e associado com chás e/ou sondas em 9,2%. O uso único de chás foi descrito em 13,4% das vezes, sondas em 3,7% e curetagem uterina em clínicas clandestinas em 3,7%. Houve relato de internação hospitalar pós-aborto por 47,8% delas. Após ajuste no modelo de regressão logística múltipla, a variável que permaneceu associada significativamente ao aborto foi ter tido 3 ou mais gestações. Estes resultados indicam que o aborto induzido é evento de grande prevalência entre prostitutas em Teresina. O misoprostol é o método predominante para abortar, sendo a internação hospitalar necessária em quase metade dos casos.*

Palavras-chave *Aborto provocado, Prostituição, Misoprostol, Direitos sexuais e reprodutivos*

¹ Universidade Estadual do Piauí, Faculdade de Ciências Médicas. Rua Olavo Bilac 2335, Centro/Sul. 64049-460 Teresina PI. madeiro@uol.com.br

Introdução

O exercício da prostituição de mulheres como uma atividade de trabalho é caracterizado por uma discussão política e ética. De um lado, há o argumento que as mulheres prostitutas personificam o modelo de submissão do corpo feminino à dominação masculina e, dessa forma, sua prática deveria ser abolida; do outro, persiste o entendimento de que a prostituição poderia ser um ato de escolha, sendo encarada como uma transação comercial^{1,2}. No Brasil, exercer essa atividade não é crime e, desde 2001, houve o reconhecimento da categoria profissionais do sexo na Classificação Brasileira de Ocupações³. Apesar desse reconhecimento trabalhista, talvez um dos poucos consensos seja que o cotidiano dessas mulheres é marcado por vulnerabilidade, violência e discriminação⁴.

Foi após a emergência da epidemia de HIV/AIDS, em meados da década de 1980, que a pauta da prostituição das mulheres se tornou uma questão central na agenda de saúde pública. As profissionais do sexo, em decorrência da multiplicidade de parceiros e uso inconsistente do preservativo, foram consideradas como tendo importante papel na transmissão sexual do HIV⁵. Entre prostitutas, várias pesquisas mostraram que o uso consistente do preservativo masculino com os clientes variou entre 50 e 75%, e com os parceiros fixos de 15 a 25%^{6,7}. As evidências também apontaram que as prostitutas mais pobres, com menor escolaridade, que trabalham na rua e fazem uso abusivo de álcool no trabalho são as que apresentam menor possibilidade de negociação do preservativo e, conseqüentemente, maiores taxas de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS⁸.

Desta forma, em todo o mundo, inclusive no Brasil, a ênfase dos estudos e políticas públicas voltados para prostitutas tinha como foco prioritário o controle na epidemia da AIDS, mas com negligência de outras questões de saúde sexual e reprodutiva⁹. Os dados sobre saúde reprodutiva entre mulheres profissionais do sexo revelaram que há pouco conhecimento e acesso sobre outros métodos contraceptivos, além do preservativo masculino^{10,11}. Como a maioria delas encontra-se em idade fértil, o risco de gravidez indesejada também é alto nessa população. Em vários países, principalmente naqueles com grande desigualdade socioeconômica, as prostitutas apresentam um itinerário comum da falta de um amplo serviço de saúde reprodutiva: pouco acesso a métodos anticoncepcionais, altas taxas de

gestações não desejadas e os riscos do aborto realizado em condições inseguras¹².

A interrupção da gravidez entre prostitutas apresenta prevalência mais elevada que a população geral em diversos países. Um inquérito com 475 prostitutas conduzido no Quênia para avaliar os riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, em 2004, evidenciou o dado secundário de que 86% delas tinham o relato de prática de aborto induzido ao longo de suas vidas¹³. Na China, o índice foi de 55,6% das prostitutas informando a interrupção da gravidez, sendo que mais da metade (54%) realizou o procedimento em clínicas registradas pelo governo¹⁴. Um levantamento encontrou resultado semelhante na Colômbia, onde o aborto é permitido em casos de estupro, risco de vida da gestante e malformação fetal incompatível com a vida. Nesse estudo, 53% das mulheres entrevistadas em 2008 disseram ter realizado aborto, mas não se questionou sobre as formas utilizadas para abortar¹⁵.

Apesar do contexto restritivo da lei, os estudos sobre a magnitude do aborto no Brasil demonstram que essa é uma prática comum entre as mulheres. Em 2010, um levantamento nacional conduzido em regiões metropolitanas, evidenciou que 1 em cada 5 mulheres até 40 anos de idade já tinha feito pelo menos um aborto¹⁶. Dados de outras pesquisas, realizadas com mulheres internadas em hospitais públicos para realização de curetagem uterina, indicam que o uso do misoprostol é o método mais utilizado para abortar, desde meados da década de 1990^{17,18}. A entrada desse produto parece ter causado uma mudança no cenário das práticas abortivas, com redução da gravidade de infecção e hemorragias¹⁹. No entanto, um estudo recente, que analisou 10 processos que chegaram ao Ministério Público do Distrito Federal pela prática do aborto, mostrou que as mulheres são expostas a outros riscos, como assédio sexual na compra da medicação e possibilidade de denúncia pela equipe de saúde quando chegam ao hospital²⁰.

Os estudos brasileiros sobre aborto têm lacunas em populações específicas de mulheres como, por exemplo, aquelas habitantes em zona rural, indígenas e portadoras de deficiências²¹. A hipótese de que as prostitutas tenham maior prevalência de aborto induzido que a população geral ainda não foi comprovada no Brasil. Do mesmo modo, há desconhecimento se a rede de apoio, os métodos utilizados e os caminhos percorridos são similares aos utilizados por outras mulheres quando decidem interromper a gestação. Este artigo analisa o fenômeno do aborto indu-

zido numa amostra de 310 prostitutas de 18 a 39 anos da cidade de Teresina, no estado do Piauí. O objetivo principal é descrever a prevalência e os métodos usados para interrupção da gravidez, além de avaliar os fatores associados com a prática de abortar nessa população.

Metodologia

A pesquisa foi intermediada pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher (NUPESM), ligado à Disciplina de Ginecologia da Universidade Estadual do Piauí, que desenvolve desde maio de 2010 um programa de extensão denominado **Projeto Carmim**. Este, oferta atendimento ginecológico para mulheres profissionais do sexo e é uma parceria entre o NUPESM, a Fundação Municipal de Saúde de Teresina e a Associação de Prostitutas do Piauí (APROSPI). A pesquisa foi desenvolvida através do método misto sequencial, tendo uma primeira fase quantitativa e, logo após, uma etapa qualitativa com entrevistas em profundidade. Os dados da fase qualitativa, que terão o objetivo de detalhar as práticas, percursos e redes de proteção para abortar, serão associados com resultados de 02 outras capitais do país e apresentados em outra publicação.

Este artigo descreve os dados da fase quantitativa, com corte transversal, realizada através de levantamento entre prostitutas de 18 a 39 anos que trabalhavam em Teresina, Piauí. Os limites de faixa etária utilizados possibilitaram, de um lado, que não se incluisse na amostra as menores de idade e, do outro, aquelas cujos abortos tivessem ocorrido há muito tempo, dificultando a rememoração dos fatos. Também foram incluídas mulheres que se autodeclarassem prostitutas, que tivessem tempo de atividade como profissional do sexo maior que 01 ano e que não fossem analfabetas. As entrevistas ocorreram entre abril e setembro de 2011 e feitas pelo pesquisador do sexo masculino. Todos os encontros foram intermediados por líderes da APROSPI, que facilitaram a aproximação e a conversa, o que provavelmente aumentou a confiança na proposta da pesquisa.

Uma avaliação da APROSPI, realizada em 2005, indicou a estimativa de cerca de 1.500 mulheres exercendo essa profissão na cidade, mas não há registros seguros sobre local de trabalho fixo, residência, idade, escolaridade ou outra ocupação laboral. A amostra foi calculada por cotas proporcionais à faixa etária, levando em consideração a distribuição de mulheres pelas 05 zo-

nas territoriais de Teresina na Contagem da População em 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²². A partir de cada zona territorial, foram consideradas as cotas em 05 faixas etárias (18-19, 20-24, 25-29, 30-34 e 35-39 anos), calculando o tamanho da amostra pela proporcionalidade do número de mulheres na população geral. O cálculo das cotas não sofreu influência do local de trabalho das mulheres. Por conveniência, a abordagem das mulheres aconteceu majoritariamente em bordéis cadastrados pela Aprospi. Um número menor de prostitutas foi entrevistado em praças e ruas onde acontecia o exercício da prostituição.

A fase quantitativa utilizou metodologia e instrumento semelhantes aos da Pesquisa Nacional do Aborto, que testou com sucesso a técnica da urna em 2.002 mulheres de centros urbanos do Brasil¹⁶. Esta escolha também se baseou na evidência de outros estudos que mostraram maior resposta na prática do aborto inseguro, provavelmente por assegurar a confidencialidade e o sigilo da resposta²³. Antes do início da coleta de dados, os instrumentos de pesquisa foram avaliados por especialistas em gênero e metodologia de pesquisa, que sugeriram mudanças na redação e na disposição das perguntas. A validação no campo se deu através de pré-teste com 30 prostitutas de faixas etárias diferentes. Uma das mudanças ocasionadas pelo pré-teste foi a substituição da pergunta sobre “renda familiar” pela pergunta “preço cobrado pelo programa”, uma vez que as mulheres frequentemente rejeitavam ou tinham dificuldade em responder a primeira. A inferência sobre *status* socioeconômico é, assim, feita através de um indicador indireto. Os dados coletados no pré-teste não foram computados na análise final.

Após esclarecimentos sobre a pesquisa, cada participante respondeu a dois questionários. O **questionário A** foi preenchido pela própria mulher e depositado em uma urna, contendo 04 questões: a pergunta se já fez aborto e, em caso afirmativo, quantos foram, o método utilizado para abortar e se houve necessidade de internação. As duas últimas questões somente se referiram ao último aborto. Todas as questões eram de resposta fechada, mas na pergunta sobre métodos, além das alternativas “citotec”, chá, sonda e curetagem havia a possibilidade de informar “outros”. Ainda nessa pergunta, optou-se pela manutenção da grafia “citotec”, ao invés de “miso-prostol” ou “medicamento”, em decorrência da identificação observada no pré-teste. O **questionário B** foi aplicado face-a-face com a entrevis-

tada, e continha questões estruturadas sobre trabalho na prostituição, uso de métodos anticoncepcionais, conjugalidade, número de filhos, escolaridade e religião. Nenhuma mulher era identificada pelo nome ou endereço, mas foram usados códigos que permitiram o pareamento dos dados entre os 2 questionários. Não houve nenhuma recusa em participar. Foram entrevistadas 314 prostitutas, mas 04 questionários foram descartados, uma vez que as mulheres preencheram inadequadamente todas as opções.

Realizou-se análise univariada por meio de estatística descritiva, análise bivariada através do teste qui-quadrado e multivariada pela regressão logística múltipla (RLM). A variável dependente considerada foi o relato de pelo menos um aborto ao longo da vida. A definição das variáveis independentes que entraram na RLM baseou-se na associação significativa observada pelo teste qui-quadrado de independência, ajustadas pelo método *Enter*, que força a entrada de todas as variáveis no modelo. Todos os testes deste estudo adotaram um nível de significância de 0,05. Foi examinado o pressuposto do teste qui-quadrado onde nenhuma célula da tabela de contingência tivesse frequência esperada menor que um e que não mais que 20% delas tivessem frequência esperada menor que cinco unidades. Dessa forma, quando se analisou a variável “número de gestações”, apenas as mulheres que engravidaram pelo menos uma vez ($n=267$) foram consideradas no modelo, uma vez que a categoria “nenhuma gravidez” tinha célula zero na coluna de aborto provocado. Sendo zero a célula na tabela de contingência, os coeficientes ficariam superajustados (*overfitting*) e, portanto, não realistas. O procedimento realizado foi a eliminação da célula com valor zero, como sugerido por alguns autores²⁴. Para a realização da RLM, ainda foi testada a presença de correlação entre as variáveis independentes (multicolinearidade) por meio do FIV (*variance inflation factor*) calculado pela regressão linear múltipla. Não foi observada presença de multicolinearidade com $FIV \geq 4$ ²⁴.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camilo Filho e aprovado quanto aos seus aspectos éticos de acordo com a resolução 196/96. Tendo em vista que o aborto é uma prática ilegal no Brasil, foram tomadas medidas para proteção das mulheres entrevistadas visando garantir a confidencialidade e o anonimato de suas respostas. A primeira, já explicitada antes, é que não houve indexação de nome ou endereço nos questionários. A segunda é que o termo de consentimento livre e esclareci-

do (TCLE) foi oral. O TCLE oral, que apresenta as mesmas características do modelo escrito em informação, é recomendado em pesquisas em que a quebra de confidencialidade possa acarretar riscos aos participantes, como é o caso de pesquisas sobre práticas ilegais, como o aborto.

Resultados

A descrição das variáveis socioeconômicas e aquelas relacionadas com a prática da prostituição são mostradas na Tabela 1. A maior parte das mulheres (80,6%) tinha ensino fundamental incompleto e 6,5% tinha curso superior em andamento. Em 81% das vezes as mulheres disseram não possuir parceria conjugal no momento da entrevista. Apenas 13,9% delas nunca tinha engravidado e 42,2% tinha 3 ou mais filhos. Quando perguntadas sobre o trabalho na prostituição, 76,5% informaram cobrar entre 10-50 reais o preço do programa. Somente 14,5% delas exercia outro trabalho além da prostituição, sendo o relato de diarista e/ ou empregada doméstica o mais comum. Mais da metade (65,8%) das mulheres exerciam a prostituição há mais de 6 anos e a maior parte (79%) trabalhava em bordéis.

A Tabela 2 mostra que 163 das 310 prostitutas entrevistadas (52,6%) afirmaram ter realizado pelo menos 01 aborto ao longo de suas vidas. Esta prática foi associada de forma significativa com o aumento da idade ($p=0,000$), tendo a proporção de mulheres aumentado de 27,1% na idade de 18-19 anos para 71,2% entre prostitutas com 35-39 anos. As mulheres com maior número de gestações também apresentaram relação significativa com aborto ($p=0,000$), sendo que 94,7% daquelas com 3 ou mais gestações já realizou pelo menos um aborto. De maneira semelhante, o tempo prolongado de trabalho na prostituição mostrou associação com o aborto induzido ($p=0,002$). Por outro lado, não houve diferença estatística com relação à escolaridade, local de trabalho e preço do programa.

Na maioria das vezes, houve a indução de somente um aborto (50,3%), mas em 16,5% das vezes foram 3 ou mais abortos (tendo uma delas o relato de 06 abortos inseguros). O “citotec” foi o método isolado mais comum para induzir o último aborto, com 68,1% dos relatos. Em 9,2% das vezes as mulheres associaram seu uso com chás e/ou sondas, ou seja, mais de 75% delas informou ter utilizado misoprostol para abortar. Outros métodos descritos de forma única foram chás (14,7%), sondas (3,7%), curetagens uteri-

Tabela 1. Características sociodemográficas entre prostitutas de Teresina, Piauí, 2011.

Características	N	(%)
Faixa etária (anos)		
18-19	48	15,5
20-24	68	21,9
25-29	73	23,5
30-34	62	20,0
35-39	59	19,1
Escolaridade		
Ensino fundamental	250	80,6
Ensino médio	40	12,9
Ensino superior	20	6,5
Conjugalidade		
Sem parceiro	251	81,0
União estável	59	19,0
Número de gestações		
Nenhuma	43	13,9
1	49	15,8
2	87	28,1
3	93	30,0
Mais de 3	38	12,2
Tempo de trabalho na prostituição		
1-5 anos	106	34,2
6-10 anos	111	35,8
Mais de 10 anos	93	30,0
Preço do programa		
10-50 reais	237	76,5
51-100 reais	51	16,4
Mais de 100 reais	22	7,1
Local de trabalho		
Bordel	245	79,0
Rua/ praça	65	21,0
Outras atividades de trabalho		
Não	259	83,5
Doméstica/ diarista	36	11,6
Cabeleireira	9	2,9
Outras	6	1,9
Religião		
Católica	199	64,2
Evangélica	39	12,6
Umbanda	22	7,1
Espírita	7	2,2
Nenhuma	43	13,9
Total	310	100

nas em clínicas ilegais (3,7%) e 01 relato de “talo de mamona” (0,8%). Quando se questionou sobre a internação, um pouco menos da metade (47,8%) daquelas que abortaram afirmaram a necessidade de hospitalização por complicações relacionadas ao aborto (Tabela 3).

Dos fatores com significância estatística evidenciados na análise bivariada, apenas o núme-

ro de gestações ($p=0,000$) permaneceu significativamente associado na análise multivariada, como visto na Tabela 4. Nessa amostra, a chance de abortar para prostitutas com 3 gestações é aproximadamente 4 vezes (OR=3,99) maior que aquelas com 01 gestação e naquelas com mais de 3 gestações a chance é 27 vezes maior (OR=27,00).

Discussão

O exercício da prostituição pode colocar as mulheres em situações de grande vulnerabilidade pessoal. No entanto, o foco da atenção à saúde das prostitutas esteve quase sempre vinculado à possibilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, sendo encarado como uma importante estratégia para o controle da transmissão do HIV. Questões de saúde sexual e reprodutiva mais amplas, como a oferta de métodos contraceptivos seguros, sempre foram negligenciados tanto em estudos acadêmicos como em intervenções de saúde pública para essa população^{9,11}. No Brasil, não há dados empíricos sobre o aborto induzido entre profissionais do sexo publicados em periódicos indexados e esse parece ser o primeiro artigo sobre o tema.

Este estudo demonstrou que mais da metade das prostitutas entrevistadas em Teresina induziu o aborto pelo menos uma vez ao longo de suas vidas, o que demonstra a magnitude do fenômeno entre elas. A prevalência do aborto provocado em prostitutas também foi elevada em localidades específicas no Camboja (21,9%), Espanha (37,6%), China (55,6%) e Quênia (86%), frequentemente mais alto que a população geral^{11,13,14,25}. A comparação com os dados brasileiros mostra que a frequência de aborto inseguro entre as prostitutas é bem maior que os 15% observados pela Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) entre mulheres de áreas urbanas em 2010, com a mesma faixa etária estudada¹⁶. Os números em Teresina se referem tanto ao grande percentual de mulheres que abortou como também ao elevado número de abortos entre elas, uma vez que cerca de metade interrompeu a gravidez mais de uma vez.

A proporção de abortos relatados cresceu com o aumento da faixa etária, sendo que aos 39 anos quase 3 em cada 4 prostitutas já induziu o aborto. Outros estudos também demonstraram que a interrupção da gravidez é um evento que se torna mais comum com o avançar da idade entre profissionais do sexo, principalmente naquelas com o perfil de baixo nível socioeconômico, baixa es-

Tabela 2. Prática do aborto entre prostitutas de acordo com características sociais e reprodutivas, Teresina, 2011.

Características	Total n	Aborto induzido		P
		n	%	
Total	310	163	52,6	-
Faixa Etária				0,000 ¹
18 a 19 anos	48	13	27,1	
20 a 24 anos	68	32	47,1	
25 a 29 anos	73	39	53,4	
30 a 34 anos	62	37	59,7	
35 a 39 anos	59	42	71,2	
Escolaridade				0,779 ¹
Ensino Fundamental	250	133	53,2	
Ensino Médio	40	19	47,5	
Ensino Superior	20	11	55,0	
Local de Trabalho				0,804 ¹
Bordel	245	129	52,6	
Praça/rua	65	33	50,8	
Número de Gestações (n=267)				0,000 ¹
Uma gestação	49	18	36,7	
Duas gestações	87	43	49,4	
Três gestações	93	66	71,0	
Mais de três gestações	38	36	94,7	
Preço do Programa				0,810 ¹
10 a 50 reais	237	123	51,9	
51 a 100 reais	51	27	52,9	
Mais de 100 reais	22	13	59,1	
Tempo de Trabalho na Prostituição				0,002 ¹
1 a 5 anos	106	41	38,7	
6 a 10 anos	111	65	58,6	
Mais de 10 anos	93	57	61,3	

¹ χ^2 (qui-quadrado)**Tabela 3.** Características dos abortos induzidos entre prostitutas, Teresina, Piauí, 2011.

Características	Aborto induzido	
	n	%
Número de abortos		
1	82	50,3
2	54	33,1
3	17	10,4
mais de 3	10	6,1
Métodos usados para abortar		
Misoprostol isolado	111	68,1
Chá	24	14,7
Misoprostol + chá e/ou sonda	15	9,2
Sondas	6	3,7
Curetagem (clínica clandestina)	6	3,7
“Talo de mamona”	1	0,6
Internação após aborto		
Sim	78	47,8
Não	85	52,2
Total	163	100

Tabela 4. Análise multivariada dos fatores de risco para aborto induzido entre prostitutas, Teresina, Piauí, 2011

Características	Regressão logística	
	OR ¹	p
Faixa etária		
18-19 anos	1,00	-
20-24 anos	1,32	0,574
25-29 anos	1,14	0,799
30-34 anos	1,25	0,707
35-39 anos	2,41	0,175
Número de gestações		
1	1,00	-
2	1,60	0,212
3	3,99	0,001
Mais de 3	27,00	0,000
Tempo de trabalho na prostituição		
1-5 anos	1,00	-
6-10 anos	1,16	0,697
Mais de 10 anos	0,72	0,489

¹ odds ratio

colaridade e elevado número de parceiros por mês^{10,11}. O tempo mais longo de trabalho na prostituição, que determina maior risco de exposição sexual, parece se relacionar de maneira significativa com múltiplos abortos em prostitutas mais velhas¹². Neste levantamento, não há como saber se houve dificuldade de acesso ao serviço de saúde, utilização inconsistente de métodos anticoncepcionais eficazes ou, ainda, negociação adversa do uso de preservativo, fatores esses comumente associados com a gravidez não planejada nessa população de mulheres^{10-12,15}.

O número de gestações relatado foi alto, como demonstra o percentual de 42,2% de 3 ou mais gestações descrito pelas mulheres. Esse dado é semelhante ao encontrado em outros países, onde a média do número de gestações entre prostitutas é cerca de 3 a 4 vezes maior que a população geral^{10,12}. Ao contrário do preservativo, cujas evidências apontam o aumento sistemático do seu uso na última década entre profissionais do sexo em todo o mundo, outros métodos contraceptivos considerados eficazes têm baixa frequência de utilização relatada pelas prostitutas^{9,10}. Os dados de Teresina demonstraram que aquelas com múltiplas gestações apresentam muito maior risco de interromper a gravidez, mas o instrumento de pesquisa utilizado não perguntou sobre as razões para provocar o aborto entre essas mulheres. No entanto, estudos evidenciam que as dificuldades impostas pelo número grande de filhos ou pela menor produtividade no exercício da prostituição durante a gravidez são causas frequentes para abortar nesse subgrupo de prostitutas^{12,14,25}.

As formas usadas para interromper a gravidez pelas prostitutas de Teresina refletem o panorama encontrado em centros urbanos do país, onde o misoprostol se tornou a maneira prioritária para abortar, substituindo métodos invasivos^{26,27}. Quase 80% das mulheres usaram o misoprostol de forma isolada ou associada e todos os relatos de aborto através da realização de curetagem uterina em clínicas privadas eram de mulheres jovens que cobravam acima de R\$ 200,00 por programa ou trabalho sexual. Somente 07 (4,3%) casos de uso de métodos invasivos (como sondas e “talo de mamona”) foram citados entre as 163 mulheres que abortaram. As hipóteses para a popularização do uso alargado do misoprostol são que, além da sua eficácia já incorporada ao universo de práticas abortivas, ele seja fácil de adquirir, tenha preço acessível e ainda possa ser comprado e utilizado pela própria mulher²⁸.

Segundo o relato das prostitutas, o percentual de internação pós-aborto foi elevado

(47,8%), semelhante ao encontrado na PNA (onde os níveis de internação ocorreram em 55% das vezes). Não há como saber se a causa da hospitalização foi por infecção, complicações hemorrágicas ou dificuldade da mulher em permanecer sozinha durante o processo de aborto. Ainda que evidências demonstrem que a utilização do misoprostol diminuiu a incidência e a gravidade de complicações pós-aborto, seu uso difundido não parece ter reduzido a necessidade das internações²⁹. Entre as possíveis explicações para esse fato estão o uso de subdoses para o esvaziamento uterino (por falta de conhecimento adequado ou por compra de produto com ausência do princípio ativo) e também a dúvida da mulher em saber se o aborto foi completo.

Este levantamento tem algumas limitações que merecem ser consideradas. Primeiro e mais importante, a amostragem probabilística não foi possível pela inexistência de meios possíveis para listar as prostitutas. A utilização de amostra incidental por cotas de idade foi, assim, uma tentativa de minimizar o possível viés de seleção. Segundo, os dados não permitem inferir quais os percursos que essas mulheres seguem para abortar. Não se sabe quem as ajuda, nem como buscam informações para a escolha do método utilizado, nem onde compram o medicamento ou como são orientadas a usar os chás. Terceiro, as informações sobre métodos para abortar e internação hospitalar somente se referem ao último aborto e cerca da metade delas informou ter abortado mais de uma vez. A história de todos os abortos poderia oferecer mais fidedignidade aos dados, mas o questionário autoadministrado perderia em simplicidade e clareza. Quarto, todas as entrevistas foram feitas pelo pesquisador do sexo masculino. Há expectativa de que pesquisas sobre temas sensíveis com mulheres sejam conduzidas por pesquisadoras mulheres, com o pressuposto de que haveria maior confiança ou afinidade entre a mulher entrevistada e a pesquisadora do mesmo sexo. No entanto, a interação com entrevistadas não parece ter afetado a confiabilidade das respostas, como aponta o percentual de relatos de aborto.

Marcadas pela invisibilidade e pelo anonimato, as prostitutas se situam no centro do debate moral entre abolicionistas e liberais, que opõem pontos de vista da opressão da mulher e da capacidade de escolhas^{1,2,5}. Todavia, para além da moralidade da prostituição, talvez o maior problema para elas seja o estigma e a marginalização que criam obstáculos para o acesso à saúde e a outras demandas sociais. Os dados deste levanta-

tamento demonstram que as prostitutas não foram capazes de prevenir a gravidez indesejada, apresentando elevados níveis de abortos, realizados provavelmente em condições inseguras, e se expondo a uma grande vulnerabilidade física e social. Ainda que não seja adequada a generalização, é possível que em localidades onde as prostitutas possuam escolaridade incompleta, recebam pouco pelo trabalho sexual, exibam dificuldade de negociar o uso do preservativo e tenham grande número de gestações não planejadas, resultados semelhantes possam ser encontrados. A magnitude dos dados em Teresina coloca o acesso à saúde reprodutiva abrangente como parte obrigatória da pauta das intervenções em saúde pública para as prostitutas.

Colaboradores

AP Madeiro realizou a coleta de dados e, juntamente com AC Rufino, foi responsável pela redação do artigo.

Agradecimentos

Célia Silva (Aprospi – Associação de Prostitutas do Piauí) foi responsável pela apresentação e intermediação com quase todas as mulheres, além de significativas sugestões para abordar questões delicadas das entrevistas. Deusa Alcântara (Sesapi – Secretaria de Saúde do Piauí) possibilitou a aproximação dos pesquisadores com a Aprospi e fez uma atenta leitura do artigo. Marcelo Medeiros (Universidade de Brasília) ofertou contribuições valiosas para o desenho do estudo e instrumento de pesquisa, além da leitura detalhada do artigo. Os autores agradecem aos outros membros da diretoria da Aprospi que facilitaram os contatos com as mulheres entrevistadas.

Referências

- Gauthier J. Prostitution, sexual autonomy, and sex discrimination. *Hypatia* 2011; 26(1): 166-186.
- Mathieu L. The debate on prostitution in France: a conflict between abolitionism, regulation and prohibition. *J Contemp Eur Studies* 2004; 12(2):153-163.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO - Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. **Relatório da Família**. [acessado 2011 fev 12]. Disponível em: <http://www.mtecebo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5198>
- Vanwesenbeeck I. Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990-2000. *Annu Rev Sex Res* 2001; 12:242-289.
- Guimarães K, Merchán-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Rev Estud Fem* 2005; 13:525-544.
- Dias PR, Souto K, Page-Shafer K. Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. *AIDS and Behavior* 2006; 10(Supl. 4):S67-S75.
- Wang B, Xiaoming L, Stanton B, Zhang L, Fang X. Alcohol use, unprotected sex, and sexually transmitted infections among female sex workers in China. *Sex Transm Dis* 2010; 37(10):629-636.
- Passos ACD, Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto - SP. *Cad Saude Publica* 2004; 16(2):95-101.
- Chacham A, Diniz SG, Maia MB, Galati AF, Mirim LA. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2007; 15(29):108-118.
- Feldblum PJ, Nasution M, Hoke TH, van Damme K, Turner AN, Gmach R, Wong EL, Behets F. Pregnancy among sex workers participating in a condom intervention trial highlights the need for dual protection. *Contraception* 2007; 76(2):105-110.
- Delvaux T, Crabbé F, Seng S, Laga M. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters* 2003; 11(21):88-95.
- Todd CS, Nasir A, Stanekzai MR, Scott PT, Strathdee SA, Botros BA, Tjaden J. Contraception utilization and pregnancy termination among female sex workers in Afghanistan. *J Women's Health* 2010; 19(11):2057-2062.
- Elmore-Meegan M, Conray RM, Agala BC. Sex workers in Kenya, numbers of clients and associated risks: on exploratory survey. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(23):50-57.
- Lau JL, Mui LW, Tsui HY, Wong E, Ho SP. Prevalence of induced abortion and associated factors among Chinese female sex workers in Hong Kong. *J Sex Marital Ther* 2007; 33(1):19-29.
- Bautista CT, Mejia A, Leal L, Ayala C, Sanchez JL, Montano SM. Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. *Contraception* 2008; 77(3):209-213.
- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.
- Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correa L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):279-286.
- Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município de Serra - ES. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4):615-624.
- Faúndes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Adv Contracept* 1996; 12(1):1-9.
- Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1795-1804.
- Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):S193-S204.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem da População 2007**. [acessado 2011 fev 1]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/>
- Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2006; 22(2):365-375.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- Ojer Tsakiridu D, Vidal AF, Valdés FV, Llana MLJ, Uria JAV, Rodríguez MC, Sanchez CL, Folgosa MB, Ollero MJF. Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). *PLoS ONE* 2008; 3(6):e2358.
- Coelho HL, Teixeira AC, Santos AP, Forte EB, Moraes SM, La Vecchia C, Tognoni G, Herxheimer A. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *Lancet* 1993; 341(8855):1261-1263.
- Costa SH. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63(Supl. 1):S131-S139.
- Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):94-102.
- Miller S, Lehman T, Campbell M, Hemmerling A, Anderson SB, Rodriguez H, Gonzalez WV, Cordeiro M, Calderon V. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG* 2005; 112(9):1291-1296.

Artigo apresentado em 17/01/2012

Aprovado em 02/02/2012

Versão final apresentada em 07/03/2012