

ABORTO E SAÚDE PÚBLICA 20 ANOS DE PESQUISAS NO BRASIL



BRASÍLIA
JANEIRO, 2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Responsável: Kátia Soares Braga (CRB/DF 1522)

Diniz, Debora.

Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil/
Debora Diniz – Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.
313p.

Revisão Técnica: Marilena Corrêa

Inclui bibliografia com 2.135 referências bibliográficas e fontes de informação dos estudos sobre aborto publicados no Brasil no período de 1987 a 2007.

1. Aborto – Brasil. 2. Saúde pública – Brasil. 3. Política de saúde – Brasil. 4. Saúde da mulher – Brasil. 5. Direitos reprodutivos – Brasil. 6. Direitos sexuais – Brasil. 7. Saúde baseada em evidências – Brasil. I. Corrêa, Marilena (revisão técnica). II. Título: 20 anos de pesquisas no Brasil

CDD 618.8
CDU 618.39 (81)

Equipe de Pesquisa

Coordenação: Debora Diniz e Marilena Corrêa

Supervisão de Pesquisa: Flávia Squinca

Supervisão de Pesquisa Bibliográfica: Kátia Soares Braga e Elise Nascimento

Equipe de Pesquisa: Ana Paula Deusdará; Laysse Noletto; Lívia Barbosa; Natália Pereira; Sanny Cardoso; Wederson Santos

Equipe de Apoio à Pesquisa: Érica Noletto; Mayara Araújo; Thaís Imperatori

Suporte Administrativo: Sandra Costa

Suporte de Informática: Gracielle Ribeiro

Equipe de Dados e Redação

Redação Geral: Debora Diniz

Revisão Técnica: Marilena Corrêa

Redação da Metodologia: Kátia Soares Braga

Dados Estatísticos: Alam Guimarães e Flávia Squinca

Revisão de Texto: Ana Terra Mejia Munhoz

Revisão da Normalização Bibliográfica: Ana Terra Mejia Munhoz

Diagramação: Ramon Navarro

Agradecimentos

Ana América Gonçalves Silva; Ana Beatriz Souza; Aníbal Faúndes; Arryanne Queiroz; Biblioteca Central da Universidade de Brasília; Biblioteca do IBCCRIM (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais); Cecília Barros; CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria); Cristiany Borges; Diaulas Costa Ribeiro; Dirce Guilhem; Ellen Hardy; Estela Aquino; Fabiana Paranhos; Flávia Motta; Graciana Alves Duarte; Greice Menezes; Joana Maria Pedro; Joelson Dias; Jorge Andalaft Neto; José Guilherme Cecatti; Malu Fontes; Marcelo Medeiros; Maria Isabel Baltar; Maria José Osis; Maria Teresa Anselma Olinto; Martha Ramírez; Regina Barbosa; Rivaldo Mendes; Roger Raupp Rios; Rosângela Digiovanni; Rozeli Porto; Sérgio Costa; Tatiane da Silva Dal Pizzol; Thomaz Rafael Gollop; Wilza Vieira Villela.

Financiamento

O projeto que deu origem a este relatório foi financiado pelo Ministério da Saúde por meio do Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao Ajuste Complementar - BR/CNT/07/00467.001 com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Foi executado por pesquisadores da Universidade de Brasília e pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
ABORTO E SAÚDE PÚBLICA	7
PERFIL	8
TRAJETÓRIA DO ABORTO	18
ABORTO, COMPLICAÇÕES E SEQÜELAS	24
MISOPROSTOL	29
ÉTICA, PESQUISA E ABORTO	36
MAPA DA PESQUISA	40
METODOLOGIA DE BUSCA	43
BIBLIOGRAFIA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

O projeto que deu origem a este relatório sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do aborto no Brasil. O objetivo foi, por um lado, fortalecer a agenda nacional de pesquisas sobre aborto, organizando o conhecimento disperso, e, por outro, aproximar o debate político da produção acadêmica brasileira. O resultado foi a recuperação de 2.135 fontes em Língua Portuguesa, publicadas por autores, periódicos e editoras nacionais ou estrangeiros.

Todas as fontes foram avaliadas pelos títulos e resumos e aquelas que indicavam conter pesquisas com dados primários ou secundários foram selecionadas para análise integral. A metasíntese apresentada neste relatório foi resultado de uma análise em profundidade de 398 fontes, o que corresponde ao universo das fontes com pesquisas empíricas sobre aborto, aqui denominadas “estudos com evidência”.

A equipe de pesquisa responsável pelo projeto não emitiu qualquer julgamento de valor na recuperação e seleção das fontes. Partiu-se do pressuposto de que os campos disciplinares e as comunidades científicas atuam na avaliação da qualidade das fontes antes de sua divulgação por meio da comunicação científica. Para este relatório, foi dada ênfase aos estudos com evidência de ampla cobertura populacional com amostra selecionada de mulheres e aos estudos qualitativos com maior potencial analítico.

A síntese dos resultados foi ordenada por títulos temáticos que correspondem não apenas às principais questões de pesquisa sobre aborto no Brasil, mas também aos desafios de saúde pública impostos pela ilegalidade do aborto: perfil do aborto; trajetória do aborto; aborto, complicações e seqüelas; aborto e adolescência; aborto e misoprostol. Para o ordenamento dos resultados, optou-se por referenciar as fontes ao final de cada seção temática, a fim de facilitar a leitura e a compreensão global das evidências.

Para cada tema, foi apresentada a tendência geral dos resultados, o que não significa que dados diferentes ou conflitantes não tenham aparecido nos estudos. Como o objetivo do projeto foi o de oferecer uma síntese dos resultados de pesquisa sobre aborto, especial atenção foi dada às evidências que sinalizavam os desafios de saúde pública.

O fio condutor da síntese foi o de recuperar dados que lançassem luzes sobre a tese do “aborto como uma questão de saúde pública no Brasil”. Por isso, algumas questões foram consideradas secundárias à síntese do relatório, embora estejam presentes na recuperação bibliográfica, tais

como aborto espontâneo, aborto recorrente, novas tecnologias reprodutivas ou pesquisas de opinião sobre o aborto.

Os temas do aborto legal e do aborto por anomalia fetal são questões no topo da agenda de saúde pública, mas raramente constituem objetos de estudos sistemáticos com evidências. A escassez de estudos com evidências não permitiu a inclusão de ambos nas seções temáticas, muito embora tenham dominado o debate sobre aborto nos últimos cinco anos no Brasil.

↪ Os dados apresentados resumem o que os pesquisadores brasileiros produziram sobre aborto nos últimos vinte anos. Grande parte das informações foi coletada em serviços públicos de saúde, o que imprime características particulares aos resultados. Muito embora uma parcela considerável da população brasileira seja usuária do Sistema Único de Saúde, os dados não cobrem a realidade do aborto para todas as mulheres do País. Em larga medida, este é o plano de fundo da síntese: *são vinte anos de pesquisas sobre aborto com mulheres que buscam o serviço público de saúde para hospitalizações.*

A EQUIPE DE PESQUISA AGRADECE à Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, financiadora do projeto, à Universidade de Brasília e à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Agradece ainda a todos os pesquisadores e autores que enviaram referências bibliográficas, em especial àqueles que revisaram os originais deste relatório e da bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

Fingeld, Deborah L. Metasynthesis: The State of the Art — So Far. **Qualitative Health Research**, v. 13, n. 7, p. 893-904, 2003.

Thorne, Sally; Jensen, Louise *et al.* Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. **Qualitative Health Research**, v. 14, n. 10, p. 1342-1365, 2004.

INTRODUÇÃO

O aborto é um tema que se manteve na pauta de pesquisas brasileiras nos últimos vinte anos. Há uma abundância de fontes, o que constitui um forte indício da importância do tema para a saúde pública no País. Grande parte das publicações é de ensaios, artigos de opinião e peças argumentativas: para cada estudo baseado em evidências de pesquisas empíricas, há 5 sem evidências. Os estudos com evidências são quase todos relativos ao campo da Saúde Pública.

Os resultados confiáveis das principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam a tese de que a ilegalidade traz conseqüências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.

O que há de sólido no debate brasileiro sobre aborto sustenta a tese de que “o aborto é uma questão de saúde pública”. Enfrentar com seriedade esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas. E para essa redefinição política há algumas tendências que se mantêm nos estudos à beira do leito com mulheres que abortaram e buscaram o serviço público de saúde: a maioria é jovem, pobre, católica e já com filhos.

Essa descrição não representa apenas as mulheres que abortam, mas as mulheres brasileiras em geral. Por isso, a compreensão do aborto como uma questão de saúde pública em um Estado laico e plural inaugura um novo caminho argumentativo, no qual o campo da saúde pública no Brasil traz sérias e importantes evidências para o debate.

BIBLIOGRAFIA

Diniz, Debora. Aborto e Saúde Pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, set. 2007.

AS PESQUISAS

Os estudos descritivos adotam como variáveis: idade, classe social, religião, tempo gestacional, tipo de aborto, procedimento abortivo, tempo de internação e complicações de saúde. As variáveis médicas são mais regulares entre os estudos, o que permite melhor comparação e síntese, ao passo que as variáveis sociais, em particular conjugalidade, educação e inserção no mundo do trabalho, apresentam diferentes sistemas classificatórios, o que dificulta a síntese. Raça e deficiência são temas largamente ignorados nos estudos.

Os estudos que recuperam variáveis demográficas e médicas foram realizados em todos os anos do período pesquisado, e os dados permitem traçar um perfil das mulheres que abortaram nos últimos 20 anos em grandes cidades brasileiras. Houve variações no nível educacional, com acréscimo nos anos de estudo das mulheres, o que correspondeu às mudanças da sociedade brasileira. É difícil inferir particularidades regionais entre as mulheres, uma vez que os estudos comparativos são raros. As desigualdades regionais tendem a se reproduzir no perfil das mulheres em situação de abortamento, em especial em temas como educação, procedimentos abortivos e seqüelas do aborto, mas foram raros os estudos que correlacionaram renda e trajetórias reprodutivas das mulheres.

QUEM SÃO ELAS

Predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol.

↪ Magnitude

Um estudo recente sobre a magnitude do aborto no Brasil estimou que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005. A fonte de dados para o cálculo da estimativa foram as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Ao número total de internações foi aplicado um multiplicador baseado na hipótese de que 20% das mulheres que induzem aborto foram hospitalizadas. A grande maioria dos abortos induzidos ocorreu no

Nordeste e Sudeste do País, com uma estimativa de taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

O maior desafio para o cálculo da magnitude do aborto no Brasil é a dificuldade de acesso a dados fidedignos, além do alto número de mulheres que omitem ter induzido um aborto em questionários com perguntas diretas. Em finais dos anos 1980, foi testada a técnica de resposta ao azar para estimar a indução do aborto em uma amostra populacional ampla de mulheres. Pela abordagem direta, encontrou-se a incidência de 8 abortos a cada 1.000 mulheres, ao passo que com a técnica de resposta ao azar, chegou-se a 42 a cada 1.000, ou seja, uma incidência cinco vezes superior.

Um estudo em meados dos anos 1990 comparou duas metodologias para a estimativa do aborto induzido para pesquisas de base populacional: o método da urna e o método das questões indiretas. Os resultados mostraram que, entre as mulheres entrevistadas pelo método da urna, 7,2% relataram ter induzido pelo menos um aborto, ao passo que para aquelas entrevistadas pelo método das questões indiretas, 3,8%. A razão entre os dois métodos foi de 1,89.

↪ **Idade**

Os cortes etários não são homogêneos, mas a vasta maioria dos estudos inclui mulheres entre 10 e 49 anos. Grande parte das metodologias estabelece a seguinte segmentação etária: 15-19 anos; 20-24 anos; 25-29 anos; 30-34 anos; 35-39 anos; 40-44 anos; e 45-49 anos, havendo variações que impedem a comparação dos cortes etários entre todos os estudos. Alguns deles segmentam de 10 a 25 anos, outros de 20 a 35 anos. A faixa etária com maior concentração de abortos é de 20 a 29 anos, com percentuais variando de 51% a 82% do total de mulheres de cada estudo.

Houve um crescimento na quantidade de estudos sobre aborto e adolescência nos anos 2000, um possível reflexo da emergência das pesquisas sobre reprodução e sexualidade nesse grupo etário. Os estudos com adolescentes ampliam o recorte etário inferior das pesquisas tradicionais, incluindo meninas entre 10 e 14 anos. Há uma concentração da experiência de aborto induzido entre as adolescentes mais velhas, no segmento de 17 a 19 anos.

Do total de abortos induzidos na adolescência, os estudos registram uma concentração entre 72,5% e 78% na faixa etária de 17 a 19 anos. É no conjunto dos estudos com adolescentes que surgem pesquisas tanto

com novas metodologias, em especial sobre temas originais à saúde pública, como saúde mental, bem-estar e reprodução, quanto com técnicas longitudinais.

☞ **Religião**

Questões simbólicas são pouco exploradas nos estudos de perfil das mulheres que abortam. A religiosidade é um tema superficialmente analisado nos estudos de base populacional e nos estudos qualitativos com grupos reduzidos de mulheres. Uma possível explicação para essa lacuna é que a vasta maioria dos estudos com base populacional foram realizados com dados de prontuários ou outras fontes documentais, e a informação sobre religião está ausente dessas fontes.

Os poucos estudos analíticos com amostras selecionadas de mulheres indicam que entre 44,9% e 91,6% do total de mulheres com experiência de aborto induzido declaram-se católicas. Entre 4,5% e 19,2% declaram-se espíritas, e entre 2,6% e 12,2% declaram-se protestantes.

É possível sugerir algumas tendências regionais, havendo uma maior concentração de mulheres católicas nos estudos da Região Nordeste e de mulheres espíritas nos da Região Sul. Um estudo com 21 mulheres que induziram o aborto identificou que 9,8% delas não tinham religião.

☞ **Conjugalidade**

A pergunta de alguns instrumentos de pesquisa é sobre o estado civil, o que leva a uma prevalência de mulheres não-casadas nos resultados. Esse dado é revisado por estudos que recuperam a situação conjugal das mulheres ao invés do estado civil, indicando que a vasta maioria delas encontra-se em relação conjugal estabelecida.

Os poucos estudos que corrigiram esse viés de pergunta indicam que mais de 70% de todas as mulheres que decidem abortar vivem uma relação considerada estável ou segura. Essa foi uma mudança nos instrumentos de pesquisa verificável a partir de meados dos anos 1990, em particular com os estudos comparativos de aborto entre adolescentes e adultas.

☞ **Educação e Mundo do Trabalho**

Educação e trabalho são temas tangenciais aos estudos, em particular aos que se baseiam em dados documentais, como prontuários ou registros de bases de dados nacionais. Poucos estudos de base populacional e realizados com técnicas mistas (documentos e

entrevistas) recuperaram esses temas. Conduzidos com pequenos grupos de mulheres, são os estudos qualitativos que analisam o significado da educação e do trabalho para as trajetórias reprodutivas.

As pesquisas indicam que a maioria das mulheres participa do mercado de trabalho, uma mudança significativa caso se considere que os estudos do final dos anos 1980 registram mais da metade das mulheres com experiência de aborto induzido fora do mercado de trabalho. Não há surpresas na descrição do universo do trabalho das mulheres que realizam aborto: trabalhos femininos (emprego doméstico), comércio, ofícios informais (cabeleireira e manicure), além de estudantes, com renda familiar de até três salários mínimos.

O perfil educacional das mulheres variou no percurso de vinte anos: houve um acréscimo no número de anos na escola e uma significativa diminuição da quantidade de mulheres analfabetas. Estudos com coortes populacionais da década de 1980 e repetidos nos anos 1990 mostram uma redução de até 50% no número de mulheres sem escolaridade com experiência de aborto induzido.

No entanto, esse é um tema com pouca possibilidade de síntese, pois a classificação de escolaridade é bastante diversificada. Alguns estudos agrupam mulheres analfabetas e mulheres que cursaram o ensino fundamental, outros segmentam os grupos por anos de estudos declarados. Ainda assim, há concentração nos registros: mais da metade das mulheres com experiência de aborto induzido tem até oito anos de estudo.

Os estudos sobre aborto na adolescência seguem as tendências sociais de gravidez nesse período da vida, mostrando adolescentes fora da escola e do mundo do trabalho, em situação de dependência econômica de familiares e/ou do companheiro. Apesar de essas serem questões importantes para a análise da vulnerabilidade feminina frente a uma gestação, os estudos que apresentam evidências ou análises de como elas atuam na decisão pelo aborto são ainda raros.

Nos anos 2000, um estudo com ampla base populacional analisou os fatores associados ao aborto como desfecho da primeira gestação entre jovens de 18 a 24 anos. A pesquisa mostrou que renda familiar e escolaridade foram fatores associados à indução do aborto na primeira gravidez: quanto maior a renda e a escolaridade, maiores as chances de a primeira gravidez resultar em um aborto.

☞ **Número de Filhos e Métodos Contraceptivos**

Uma diferença importante entre os estudos com grupos de adolescentes (10-19 anos) e de mulheres jovens adultas (20-29 anos) é a declaração de uso de métodos contraceptivos: as pesquisas indicam que as adolescentes fazem menor uso desses métodos quando comparadas com as mulheres jovens adultas.

Mais da metade das mulheres jovens adultas que moram nas Regiões Sul e Sudeste e que abortam declara uso de métodos, em particular a pílula anticoncepcional, o que sugere seu uso irregular ou equivocado. No caso dos estudos da Região Nordeste, a ausência de métodos contraceptivos na ocasião da gravidez é alta, entre 61,1% e 66% em estudos com amplas amostras de base populacional.

Apenas entre 9,5% e 29,2% de todas as mulheres que abortam não tinham filhos, um dado que leva muitos estudos a inferir que o aborto é um instrumento de planejamento reprodutivo importante para as mulheres com filhos quando os métodos contraceptivos falham ou não são utilizados adequadamente. Quando os estudos segmentam segundo faixa etária e número de filhos, as adolescentes compõem o grupo que menos induz o aborto.

A constatação de que as mulheres adultas que abortam faziam uso de algum método contraceptivo é um achado que se repete nos estudos a partir de meados dos anos 1990. A referência ao uso de métodos contraceptivos é um dado coerente à trajetória reprodutiva de uma mulher que induz o aborto: a gravidez não foi planejada, por isso a referência ao método contraceptivo (que teve seu uso inadequado ou houve falha no método) e o recurso ao aborto induzido.

☞ **Métodos Abortivos**

O início dos anos 1990 marcou uma mudança significativa no perfil dos métodos abortivos adotados pelas mulheres nas grandes cidades. Métodos encontrados nos estudos dos anos 1980, como venenos, líquidos cáusticos ou injeções, passaram a ser inexpressivos nos relatos das mulheres. O misoprostol passou a ser o método preferencial para realizar o aborto em casa ou para iniciá-lo em casa e terminá-lo nos hospitais. É sobre a redução da heterogeneidade dos métodos abortivos que os estudos mais têm convergido nos últimos vinte anos.

Entre as mulheres que declaram haver induzido o aborto, os estudos indicam que entre 50,4% e 84,6% utilizaram o misoprostol, havendo maior prevalência do uso dessa substância no Nordeste e Sudeste. Considerando que os estudos de meados dos anos 1980 registram entre

10% e 15% de uso de medicamentos como método abortivo e altas taxas de morbimortalidade por aborto induzido, a entrada do misoprostol no cenário das práticas abortivas provocou uma mudança: passa a ser o método preferencial das mulheres, com menores riscos à saúde, menor tempo e custo de internação hospitalar pós-finalização do aborto.

OS ESTUDOS NÃO MOSTRAM como se aborta nas clínicas privadas, com leigas ou parteiras. Não se sabe como as mulheres têm acesso aos instrumentos abortivos, em particular de quem compram ou recebem o misoprostol ou os chás; não se sabe quais os recursos abortivos e práticas adotados pelas mulheres rurais e indígenas; não se sabe qual o impacto da raça na magnitude, na morbidade e na experiência do aborto induzido; não se sabe como as desigualdades regionais são refletidas na morbidade do aborto induzido ilegalmente; não se sabe como indicadores de desigualdade social (classe social, geração, raça, deficiência) atuam na decisão de uma mulher por induzir um aborto; não se sabe como mulheres em situação de violência sexual doméstica decidem pelo aborto; não se sabe como a epidemia do HIV/aids se relaciona com a prática do aborto. Sabe-se pouco sobre o universo simbólico das mulheres que abortam, sobre o processo de tomada de decisão e o impacto em sua trajetória reprodutiva ou em seu bem-estar. Os estudos sobre assistência à saúde e mulheres em situação de abortamento induzido são raros, e há poucas pesquisas sobre os serviços de aborto legal.

BIBLIOGRAFIA

Adesse, Leila e Monteiro, Mário F. G. **Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais.** Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf>> Acesso em: 17 jan. 2008.

Almeida, Múcio Brandão Vaz de; Brandt, Carlos Teixeira *et al.* A Incidência de Anomalias Ortopédicas em Portadores de Sequência de Möbius e sua Associação com o Uso do Misoprostol. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 42, n. 1-2, p. 10-16, jan./fev. 2007.

Amaral, Eliana; Luz, Adriana Gomes *et al.* A Morbidade Materna Grave na Qualificação da Assistência: Utopia ou Necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 9, p. 484-489, 2007.

Approbato, Mário Silva; Batista, Sandro Rogério *et al.* O Misoprostol na Gestação. **Femina**, v. 30, n. 5, p. 293-295, 2002.

Aquino, Estela M. L.; Heilborn, Maria Luiza *et al.* Adolescência e Reprodução no Brasil: A Heterogeneidade dos Perfis Sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003. Suplemento.

Bruno, Zenilda V.; Oliveira, Cristiana M. *et al.* Impacto da Gravidez na Adolescência: Avaliação Um Ano após o Parto ou Aborto. **Revista de Medicina da UFC**, v. 40, n. 1-2, p. 31-40, 2000.

Chalem, Elisa; Mitsuhiro, Sandro Sendin *et al.* Gravidez na Adolescência: Perfil Sócio-Demográfico e Comportamental de uma População da Periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

Costa, Cícero Ferreira Fernandes; Costa, Hélio de Lima Ferreira Fernandes *et al.* Metodologia e Tratamento do Abortamento Infectado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 17, n. 8, p. 847-850, 1995.

Costa, Cícero Ferreira Fernandes; Costa, Hélio de Lima Ferreira Fernandes *et al.* Aspectos Epidemiológicos Comparativos entre Abortamento Provocado e Espontâneo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 18, n. 2, p. 179-184, 1996.

Costa, Cícero Ferreira Fernandes; Santos, Roberto Rinaldo de Oliveira *et al.* Abortamento: Epidemiologia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 5, n. 5, p. 217-220, 1983.

Fonseca, Walter; Misago, Chizuru *et al.* Determinantes do Aborto Provocado entre Mulheres Admitidas em Hospitais em Localidade da Região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 13-18, 1996.

Fonseca, Walter; Misago, Chizuru *et al.* Características Sócio-Demográficas, Reprodutivas e Médicas de Mulheres Admitidas por Aborto em Hospital da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 279-286, abr./jun. 1998.

Gama, Silvana Granado Nogueira da; Szwarcwald, Célia Landmann *et al.* Experiência de Gravidez na Adolescência, Fatores Associados e Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

Hardy, Ellen; Alves, Graciana. Complicações Pós-Aborto Provocado: Fatores Associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 454-458, 1992.

International Planned Parenthood Federation. **Morte e negação:** abortamento inseguro e pobreza: encarte Brasil. Rio de Janeiro, BEMFAM, 2007. p. 12.

Ipas Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n. 30, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.PDF>>. Acesso em: 31 jul. 2007.

Júnior, Oswaldo Martins Rodrigues; Costa, Moacir. O Ginecologista Brasileiro e a Sexualidade Humana – III. Atitudes na Prescrição de Contraceptivos; Aborto e Adolescência. **Reprodução**, v. 5, n. 1, p. 24-31, 1990.

Leal, Ondina Fachel. Aborto, Tensão e Negociação entre o Feminino e o Masculino. **CORPUS: Cadernos do NUPACS - Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde**, Porto Alegre, RS, 1996. [fascículo de circulação restrita].

Leal, Ondina Fachel e Lewgoy, Bernardo. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. **Revista de Filosofia Política**, Nova Série 2, p. 173-195, 1998.

Leal, Ondina Fachel. Corpo, Sexualidade e Aborto. In: Deber, Guita; Goldstein, Donna M. (Org.). **Políticas do Corpo e o Curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 89-107.

Leal, Ondina Fachel; Fachel, Jandyra M. G. **Corpo, Sexualidade e Reprodução: Um Estudo de Representações Sociais em Quatro Vilas de Porto Alegre/RS - Métodos Contraceptivos**. Porto Alegre, RS: UFRGS, Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, 1995. 22 p. (Série Trabalhos de Pesquisa, n. 9.).

Lima, Bruno Gil de Carvalho; Matos, Cleuza Maria Santos de *et al.* Características de Pacientes Adolescentes de Uma Maternidade Pública de Salvador (Bahia), 1996. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 24, n. 1/2, p. 23-31, 2000.

Lima, Bruno Gil de Carvalho; Matos, Cleuza Maria Santos de *et al.* Uso de Contraceptivos e Abortamento entre Adolescentes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 284-293, 2006.

Löw, Lilly; Hoga, Luiza Akiko Komura. Anticoncepção e Aborto Provocado na Gravidez Não Planejada. **O Mundo da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 86-92, 1999.

Lucena, Regina Célia Borges de. **Características de Mulheres Internadas por Aborto em uma Maternidade Pública em Recife-PE: Dimensão do Problema e sua Relação com a Prática Contraceptiva**. 2000. 104p. (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

Magalhães, Andréa Franco Amoras *et al.* Uso "Carbamato" Chumbinho por Via Vaginal na Tentativa de Abortamento: Relato de um Caso Clínico. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 14, n. 1, p. 77-79, jan./abr. 2000.

Martins, Ignez Ramos; Costa, Sarah Hawker *et al.* Aborto Induzido em Mulheres de Baixa Renda: Dimensão de um Problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 251-266, abr./jun. 1991.

Menezes, Greice. **Aborto e Juventude: um estudo em três capitais brasileiras**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. 186 p. (Tese de Doutorado).

Monteiro, Mário Francisco Giani; Adesse, Leila. Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1992-2005). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006. 10 p. Caxambu. **Anais...** Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2007.

Murta, Eddie Fernando Cândido; Freitas, Maurício Mesquita Sabino de. Qual a Influência do Quadro Clínico na Histerectomia Realizada durante o Ciclo Grávido-Puerperal? **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 101, n. 10, p. 443-445, 1991.

Murta, Eddie Fernando Candido; Manfrin, Alessandra *et al.* Abortamento Séptico: Identificação de Fatores de Risco para Complicações. **Revista**

Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 23, n. 3, p. 153-157, 2001.

Neto, Aarão Mendes Pinto; Gabiatti, José Roberto Erbolato *et al.* Algumas Características do Aborto na Adolescência. **Reprodução**, v. 6, n. 4, p. 201-205, 1991.

Olinto, Maria Teresa A. Estimativa da Frequência de Abortos Induzidos: Teste de uma Metodologia. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 11, n. 2, p. 255-258, 1994.

Olinto, Maria Teresa Anselmo; Filho, Djalma de Carvalho Moreira. Estimativa de Aborto Induzido: Comparação entre Duas Metodologias. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 15, n. 5, p. 331-336, 2004.

Olinto, Maria Teresa Anselmo; Filho, Djalma de Carvalho Moreira. Fatores de Risco e Preditores para o Aborto Induzido: Estudo de Base Populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 365-375, 2006.

Osis, Maria José D.; Hardy, Ellen *et al.* Dificuldades para Obter Informações da População de Mulheres sobre Aborto Ilegal. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 444-451, 1996.

Peres, Simone Ouvinha; Heilborn, Maria Luiza. Cogitação e Prática do Aborto entre Jovens em Contexto de Interdição Legal: O Averso da Gravidez na Adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1411-1420, 2006.

Sabroza, Adriane Reis; Leal, Maria do Carmo *et al.* Perfil Sócio-Demográfico e Psicossocial de Puérperas Adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 112-120, 2004. Suplemento.

Santos, Luis Carlos; Souza, Ariani Impieri de *et al.* Prevalência de Abortamento na Maternidade do Cam/Imip no Período de Agosto/1995 a Agosto/1996. **GO Atual**, v. 8, n. 4, p. 45-50, 1999.

Schor, Néia. Investigação sobre Ocorrência de Aborto em Pacientes de Hospital de Centro Urbano do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 144-151, 1990.

Silva, Rebeca de Souza E. Cegonhas Indesejadas: Aborto Provocado. **Estudos Feministas**, v. 1, p. 123-133, 1993.

Silva, Rebeca de Souza E. O Uso da Técnica de Resposta ao Azar (TRA) na Caracterização do Aborto Ilegal. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 1/2, p. 41-56, 1993.

Silva, Rebeca de Souza E. Especulações sobre o Papel do Aborto Provocado no Comportamento Reprodutivo das Jovens Brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2002.

Sorrentino, Sara Romera; Lebrão, Maria Lúcia. Os Abortos no Atendimento Hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 3, p. 256-267, 1998.

Souza, Ariani Impieri de; Cecatti, José Guilherme *et al.* Hospitalização por Abortamento no Centro de Atenção à Mulher (Cam) - Imip - Recife. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 106, n. 9, p. 355-361, 1996.

Souza, Ariani Impieri; Aquino, Márcia M. A. *et al.* Epidemiologia do Abortamento na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.

Souza, João Paulo Dias de; Cecatti, José Guilherme *et al.* Fatores Associados à Gravidade da Morbidade Materna na Caracterização do *Near Miss*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4, p. 197-203, 2005.

Souza, João Paulo; Cecatti, José Guilherme *et al.* Revisão Sistemática sobre Morbidade Materna *Near Miss*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 255-264, 2006.

Souza, Vera Lúcia Costa. Aborto: A Problemática em Feira de Santana, Bahia. **Sitientibus**, v. 1, n.19, p. 9-25, jul/dez. 1998.

Souza, Vera Lúcia Costa; Corrêa, Maria Suely Medeiros *et al.* O Aborto entre Adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.

Viggiano, Maurício Guilherme Campos; Faúndes, Anibal *et al.* Disponibilidade de Misoprostol e Complicações de Aborto Provocado em Goiânia. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 106, n. 3, p. 55-61, 1996.

CENÁRIOS

Os estudos indicam os seguintes cenários para uma mulher que decide induzir o aborto:

↪ **Cenário Inicial**

A ausência da menstruação é testada por chás ou ervas medicinais para avaliar se é atraso menstrual ou gravidez. Há uma fronteira culturalmente negociável entre os saberes femininos e o discurso biomédico para determinar qual o limite entre um atraso menstrual e uma gestação.

Os estudos qualitativos indicam que até 4 semanas de espera pela menstruação podem ser descritas pelas mulheres como um atraso. Nessa fase, os chás ou ervas são utilizados para “descer a regra” ou “regularizar a menstruação” e não para “induzir aborto”. O conhecimento sobre chás e ervas faz parte dos saberes femininos compartilhados, e cabe às mulheres, em particular mães, sogras e irmãs, sua preparação.

↪ **Cenário Intermediário**

Se os chás ou ervas não regularizaram a menstruação, sua eficácia poderá ser novamente testada para provocar um aborto. Os estudos não descrevem qual o espectro de chás e ervas utilizado em cada cenário ou mesmo suas doses e prescrições. Como grande parte das mulheres tem experiência de gestações anteriores, os sinais da gravidez são identificados. Ainda sob o uso de chás e ervas, os homens entram em cena para a aquisição do misoprostol.

A aquisição ilegal do misoprostol é uma tarefa predominantemente masculina, o que é facilitado pelo fato de grande parte das mulheres abortar vivendo um relacionamento conjugal estabelecido. Há uma preferência pelo uso oral do misoprostol em detrimento do uso vaginal, um dado descrito por estudos qualitativos com pequenos grupos de mulheres. O uso oral é entendido como uma extensão dos recursos para regularizar a menstruação e não como um método abortivo. É o uso vaginal do misoprostol que demarca culturalmente a tentativa de aborto.

Doses, tempo de intervalo, combinações medicamentosas ou com outros recursos abortivos são aspectos pouco explorados pelos estudos de uso do misoprostol. Uma das poucas pesquisas de base populacional ampla a

recuperar a memória das doses de misoprostol mostra que mais da metade das mulheres utilizou entre 600mcg e 1600mcg, sendo que 22,7% delas o fizeram em combinação com outros métodos.

Os estudos não conseguem estimar quantas mulheres usaram o misoprostol e abortaram em casa, pois quase todas as pesquisas sobre práticas abortivas foram conduzidas com mulheres que chegam aos hospitais em processo de abortamento. A magnitude da ocorrência do aborto com misoprostol é, portanto, estimada com base nas mulheres que chegam aos hospitais com aborto incompleto ou com base nos prontuários de mulheres atendidas para finalização de aborto.

☞ **Cenário Final**

Para as mulheres que finalizam o aborto nos hospitais, é nas primeiras 24 horas pós-uso do misoprostol que a mulher procura um hospital público. Em geral, os sintomas são dores abdominais e sangramento. Entre 70% e 79,3% delas chegam com esses sintomas, sendo diagnosticado o abortamento incompleto. Entre 63% e 82% delas estão com até 12 semanas de gestação. O tempo de internação é de 1 dia entre 30% e 85,9% das mulheres incluídas nas pesquisas. Entre 9,3% e 19% apresentam sinais de infecção.

OS ESTUDOS NÃO MOSTRAM quantas mulheres abortam em cada um dos cenários acima descritos, tampouco os cenários das mulheres que abortam em clínicas privadas. O percurso dessas mulheres é desconhecido. Não há informações sobre as mulheres que utilizam misoprostol, chás ou ervas e abortam integralmente em casa. Alguns estudos sustentam a ausência desses dados pela ineficácia do misoprostol em abortar no primeiro trimestre, mas não há pesquisas clínicas que avaliem o potencial abortivo do misoprostol no primeiro trimestre no Brasil. Não há estudos descritivos sobre as trajetórias de aborto em mulheres residentes fora dos grandes centros urbanos. Suas práticas, crenças e métodos abortivos são desconhecidos.

As PESQUISAS

As pesquisas sobre aborto e adolescência são recentes: quase 90% delas foram divulgadas nos anos 2000. São estudos com amplas amostras de base populacional realizados em grandes centros urbanos e estudos qualitativos com técnicas de entrevistas em domicílio conduzidos por cientistas sociais especializados em reprodução e sexualidade. A emergência desses estudos se deu a partir da agenda de pesquisas de gravidez na adolescência, não se constituindo ainda a relação entre adolescência e aborto como um tema independente de investigações.

Os resultados indicam que, exceto por nuances de segmento etário, como inserção no mundo do trabalho e anos de estudo, o perfil da adolescente que aborta é bastante semelhante ao da jovem mulher que aborta. Há um grande número de dissertações e teses acadêmicas sobre esse tema, com maior diversidade na participação de campos disciplinares ligados à assistência à saúde e às humanidades, em particular a Antropologia. Os periódicos de divulgação mais comuns são os de Saúde Pública.

QUEM SÃO ELAS?

Predominantemente, adolescentes entre 17 e 19 anos, em relacionamento conjugal estabelecido, dependentes economicamente da família ou do companheiro, as quais não planejaram a gravidez e abortam com misoprostol.

↪ Magnitude

O aborto na adolescência ocorre entre 7% e 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva. A maior parte dos abortos na adolescência está no segmento de 17 a 19 anos, ou seja, entre as adolescentes mais velhas. Estudos com adolescentes puérperas indicam que entre 12,7% e 40% delas tentam o aborto antes de da decisão de dar prosseguimento à gestação. Estudos qualitativos sugerem que 73% das jovens entre 18-24 anos cogitam a possibilidade do aborto antes de optar por manter a gravidez.

Estudos com homens e mulheres adolescentes mostram que os rapazes têm mais experiência de aborto que as moças, em uma razão de 2,5 homens para cada mulher. A razão é inversa para a finalização da primeira gestação: um estudo de inquérito domiciliar com entrevistas

mostrou que a primeira gravidez foi levada a termo por 72,2% das moças e 34,5% dos rapazes entre 18-24 anos.

↪ **Conjugalidade**

A maior parte das gestações e dos abortos aconteceu em relacionamentos conjugais estabelecidos. Apenas 2,5% das mulheres registram a gravidez como resultado de um relacionamento eventual. Em relação à primeira gravidez, os estudos com amplas amostras de base populacional indicam que entre 60% e 83,7% das adolescentes não pretendiam engravidar.

↪ **Métodos Abortivos**

Assim como entre as mulheres jovens adultas (20-29 anos), os métodos abortivos utilizados pelas adolescentes são o misoprostol e chás. Praticamente não há registros de métodos perfurantes ou de acesso a clínicas privadas nos estudos com adolescentes nos anos 2000. Mais de 50% das adolescentes em todos os estudos declararam o uso do misoprostol como método abortivo.

Foi encontrada uma razão de prevalência de 2,3 no uso de métodos contraceptivos entre as adolescentes que abortam e as que não abortam, o que reforça a tese de que as mulheres que recorrem ao aborto são usuárias de métodos contraceptivos e estão decididas a não manter uma gestação não planejada.

↪ **Trajetória Reprodutiva**

Somente um estudo avaliou o impacto do aborto e da gravidez com nascimento de filho vivo com base em indicadores de auto-estima e bem-estar. As adolescentes foram entrevistadas no hospital e, posteriormente, nos domicílios, e a equipe de pesquisa realizou entrevistas e análises de prontuários.

A pesquisa mostrou que 25% das adolescentes haviam engravidado novamente um ano após o aborto e que 70% das que levaram a gestação a termo haviam abandonado a escola. Exceto pelas adolescentes que induziram o aborto, todas expressaram julgamentos negativos sobre a gravidez um ano após a primeira entrevista. Além disso, houve melhora de auto-estima em todos os grupos de adolescentes entre a primeira e a última entrevista no período de um

ano, mais acentuadamente no grupo de adolescentes que induziram o aborto.

Um estudo avaliou o impacto da gravidez na adolescência sobre a trajetória reprodutiva e a inserção social das mulheres. O principal resultado mostrou que o fato de ter tido um filho durante a adolescência aumentava em 2,5 a tentativa de interromper uma nova gravidez entre os 20 e os 34 anos. Além disso, comparativamente às mulheres que não experimentaram uma gravidez na adolescência com nascimento de filho, as mulheres com essa experiência tinham menos anos de estudo.

Poucos estudos avaliam a adesão de adolescentes a programas de planejamento familiar. Um estudo acompanhou durante cinco anos adolescentes com experiência de abortamento anterior em programas de planejamento familiar e orientação para uso de métodos anticonceptivos. Do total de adolescentes participantes do programa, apenas 16,7% voltaram a engravidar e 50% delas planejaram a gestação.

OS ESTUDOS NÃO MOSTRAM como as adolescentes abortam em clínicas privadas ou com leigas; qual o impacto da decisão pelo aborto ou pelo seguimento de uma gestação na adolescência sobre o bem-estar; particularidades de raça, classe, religião e deficiência entre as adolescentes que decidem abortar; as razões que motivam uma adolescente a abortar; as negociações familiares, simbólicas e afetivas para o aborto; como o aborto definirá a adesão futura a métodos contraceptivos; o papel dos laços familiares entre mulheres para o seguimento da gestação ou para a decisão pelo aborto entre adolescentes; a relação entre epidemia HIV/Aids, adolescência e aborto. São raros os estudos longitudinais comparativos entre mesmas coortes de adolescentes que interromperam a primeira gestação e de adolescentes que levaram a gravidez a termo.

BIBLIOGRAFIA

Aquino, Estela M. L.; Heilborn, Maria Luiza *et al.* Adolescência e Reprodução no Brasil: A Heterogeneidade dos Perfis Sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 2, p.377-388, 2003. Suplemento.

Bruno, Zenilda V.; Oliveira, Cristiana M. *et al.* Impacto da Gravidez na Adolescência: Avaliação Um Ano após o Parto ou Aborto. **Revista de Medicina da UFC**, v. 40, n. 1-2, p. 31-40, 2000.

Chalem, Elisa; Mitsuhiro, Sandro Sendin *et al.* Gravidez na Adolescência: Perfil Sócio-Demográfico e Comportamental de uma População da

Periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

Gama, Silvana Granado Nogueira da; Szwarcwald, Célia Landmann *et al.* Experiência de Gravidez na Adolescência, Fatores Associados e Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

Júnior, Oswaldo Martins Rodrigues; Costa, Moacir. O Ginecologista Brasileiro e a Sexualidade Humana – III. Atitudes na Prescrição de Contraceptivos; Aborto e Adolescência. **Reprodução**, v. 5, n. 1, p. 24-31, 1990.

Lima, Bruno Gil de Carvalho; Matos, Cleuza Maria Santos de *et al.* Características de Pacientes Adolescentes de uma Maternidade Pública de Salvador (Bahia), 1996. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 24, n. 1/2, p. 23-31, 2000.

Lima, Bruno Gil de Carvalho; Matos, Cleuza Maria Santos de *et al.* Uso de Contraceptivos e Abortamento entre Adolescentes. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 284-293, 2006.

Lopes, Danielle Machado; Barbieri, Márcia, *et al.* Efeitos de um Programa em Planejamento Familiar na Vida Reprodutiva de Adolescentes Pós-Ocorrência de Abortamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.14, n.2, p.38-45. 2001.

Neto, Aarão Mendes Pinto; Gabiatti, José Roberto Erbolato *et al.* Algumas Características do Aborto na Adolescência. **Reprodução**, v. 6, n. 4, p. 201-205, 1991.

Paraguassú, Ana Lúcia C. B.; Costa, Maria Conceição O. *et al.* Situação Sociodemográfica e de Saúde Reprodutiva Pré e Pós-Gestacional de Adolescentes. Feira De Santana, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 373-380, 2005.

Peres, Simone Ouvinha; Heilborn, Maria Luiza. Cogitação e Prática do Aborto entre Jovens em Contexto de Interdição Legal: O Averso da Gravidez na Adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1411-1420, 2006.

Sabroza, Adriane Reis; Leal, Maria do Carmo *et al.* Perfil Sócio-Demográfico e Psicossocial de Puérperas Adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 112-120, 2004. Suplemento.

Silva, Rebeca de Souza E. Especulações sobre o Papel do Aborto Provocado no Comportamento Reprodutivo das Jovens Brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2002.

Souza, Ariani Impieri; Aquino, Márcia M. A. *et al.* Epidemiologia do Abortamento na Adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.

Souza, Vera Lúcia Costa; Corrêa, Maria Suely Medeiros *et al.* O Aborto entre Adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.

COMPLICAÇÕES E SEQÜELAS DO ABORTO INDUZIDO

O tema da mortalidade materna esteve na pauta permanente de debates em saúde reprodutiva desde o início da década de 1990. Os periódicos de Ginecologia e Obstetrícia, as dissertações e as teses acadêmicas ofereceram um mapa nacional da magnitude da morte materna no Brasil. Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e quarta causa de mortalidade materna em várias capitais brasileiras. A estimativa oficial da razão de morte materna é de 76/100.000.

Estudos dos anos 1990 dedicaram-se a identificar fatores de correção para a mortalidade materna no Brasil, o que estimulou análises com técnicas mistas de pesquisa para a recuperação de casos subnotificados em várias capitais do País. Essas pesquisas mostraram a permanência de desigualdades regionais na morte de mulheres por aborto induzido. Em algumas cidades, como Recife e Salvador, o aborto ocupou o primeiro e o segundo lugar no grupo das causas isoladas de morte materna em meados dos anos 1990.

Os estudos de meados dos anos 1990 e 2000 passaram a registrar uma mudança epidemiológica significativa no perfil da morte materna por aborto induzido. Houve uma redução de casos, e várias pesquisas passaram a analisar a correlação entre a queda na morbimortalidade por aborto induzido e o uso do misoprostol como método abortivo em detrimento de métodos perfurantes, cáusticos ou do recurso às leigas.

Um estudo realizado em início dos anos 1990 correlacionou três fases da comercialização do misoprostol às seqüelas das mulheres internadas por aborto induzido em um hospital público. As três fases foram o início da comercialização do misoprostol nas farmácias, o auge da difusão do medicamento como método abortivo e o período imediatamente posterior à proibição do comércio. Houve um acréscimo de quase 50% das complicações infecciosas e hemorrágicas do aborto entre o período de máxima comercialização do misoprostol e após sua proibição.

Estudos longitudinais entre as décadas de 1970 e 1980 registravam índices alarmantes de histerectomias por aborto séptico. Uma pesquisa analisou as razões para a histerectomia durante o ciclo grávido-puerperal e registrou que 88% das histerectomias até 24 semanas de gestação deviam-se a aborto realizado em condições inseguras, em geral com métodos perfurantes.

Um dos consensos dos estudos sobre morbimortalidade materna por aborto é o de que o misoprostol modificou o cenário do aborto induzido

no País. O uso do misoprostol em casa e o acesso imediato ao hospital para curetagem por aborto incompleto garantiram que as mulheres recebessem assistência rapidamente, reduzindo a gravidade das hemorragias ou infecções.

Mas a entrada do misoprostol no cenário dos métodos abortivos não eliminou todos os riscos do aborto induzido em condições inseguras. Nem todas as mulheres têm acesso ao misoprostol, e a descoberta do caráter rentável do mercado ilegal do medicamento fez crescerem relatos de medicamentos adulterados. A eficácia do misoprostol para provocar o aborto depende da dose e do tempo de gestação, ao passo que os riscos associados ao medicamento dependem desses mesmos fatores e da qualidade imediata da assistência hospitalar oferecida às mulheres.

Estudo recente com 20 mulheres em situação de mortalidade *near miss* (quase-óbito), isto é, de complicações de saúde potencialmente fatais, mostrou que o antecedente de aborto esteve associado em 40% dos casos. O estudo não isolou o método de aborto utilizado por essas mulheres em condição muito grave, mas manteve acesa a vigilância dos riscos à saúde envolvidos no aborto induzido.

Além disso, os riscos assumiram novos significados. O misoprostol é um medicamento com circulação restrita no País e proibido para fins abortivos fora de indicações médicas controladas. O universo da comercialização e circulação do misoprostol é desconhecido, mas dados iniciais mostram que o itinerário dessa substância segue o do tráfico de drogas ilícitas e de anabolizantes.

Se, por um lado, o acesso ao misoprostol reduziu as seqüelas e complicações por métodos abortivos arriscados comuns aos anos 1980, por outro, o contexto de ilegalidade do aborto lança novos desafios à saúde pública. Um deles é o risco de aproximação das mulheres e seus parceiros ao tráfico ou comércio ilegal de drogas para adquirir o misoprostol; o outro é o de que, para muitas mulheres, a eficácia do misoprostol como método abortivo depende do acesso imediato a hospitais para a finalização do aborto.

Um estudo qualitativo com 11 mulheres processadas judicialmente por aborto induzido nos anos 2000 mostrou que 80% delas iniciaram o aborto com misoprostol, mas quase a metade foi denunciada à polícia pelos médicos que as atenderam nos hospitais. Muito embora a denúncia seja uma violação de princípios éticos fundamentais à saúde pública e à profissão médica, as mulheres não têm a garantia do sigilo durante a fase de hospitalização. Quase todas as mulheres do estudo foram

processadas pela prática do aborto após denúncias sofridas durante o processo de hospitalização.

OS ESTUDOS NÃO MOSTRAM quais os riscos envolvidos no aborto induzido em condições ilegais para a saúde mental das mulheres. Não se sabe a magnitude das seqüelas e complicações do aborto inseguro. Não há estudos sobre o universo rural, nem sobre as práticas e os riscos envolvidos nos métodos abortivos. Não se conhecem os riscos do aborto em clínicas privadas. Sabe-se pouco sobre os riscos de seqüelas para o feto envolvidos no uso do misoprostol para aborto induzido. Os estudos de morbidade *near miss* indicam que o aborto induzido se mantém como uma causa importante de morbidade materna, o que necessita ser monitorado por novas pesquisas.

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, Rivaldo Mendes de; Cecatti, José Guilherme *et al.* Fatores Sócio-Demográficos e de Assistência Médica Associados ao Óbito Materno. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 4, p. 181-185, 1998.

Amaral, Eliana; Luz, Adriana Gomes *et al.* A Morbidade Materna Grave na Qualificação da Assistência: Utopia ou Necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 9, p. 484-489, 2007.

Andrade, Amaury Teixeira Leite; Guerra, Martha de Oliveira *et al.* Mortalidade Materna: 75 Anos de Observações em uma Maternidade Escola. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 7, p. 380-387, 2006.

Berquó, Elza Salvatori; Cunha, Estela Maria Garcia Pinto da. **Morbimortalidade Feminina no Brasil (1979-1995)**. São Paulo: Unicamp, 2000. 413 p.

Bittencourt, Márcia Lucio Miguel. **As Mortes por Aborto no Município de São Paulo**: Estudo Epidemiológico sob o Enfoque de Gênero. 2000. 80 p. (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Boyaciyan, Krikor; Marcus, Paulo Afonso Ferrigno *et al.* Mortalidade Materna na Cidade de São Paulo de 1993 a 1995. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 1, p. 13-18, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p. (Série A – Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 4).

Cecatti, José Guilherme; Albuquerque, Rivaldo Mendes de *et al.* Mortalidade Materna em Recife: Causas de Óbitos Maternos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 1, p. 7-11, 1998.

Compte, Glória Massachs. **Mortalidade Materna**: 1993. (Dissertação de mestrado). Salvador, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 1995.

Costa, Aurélio Antônio Ribeiro; Ribas, Maria do Socorro Sampaio de Sousa *et al.* Mortalidade Materna na Cidade do Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 7, p. 455-462, 2002.

Costa, Cícero Ferreira Fernandes; Costa, Hélio de Lima Ferreira Fernandes *et al.* Metodologia e Tratamento do Abortamento Infectado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 17, n. 8, p. 847-850, 1995.

Ferreira, Rui Gilberto; Lima, Elma Linhares *et al.* Mortalidade Materna no Estado de Goiás – 1989-1991. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 104, n. 8, p. 291-293, 1994.

Gabiatti, José Roberto Erbolato. **Características das Mulheres, Frequência, Complicações e Custos do Aborto**: suas variações de acordo com a comercialização do misoprostol. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. 81 p.

Hardy, Ellen; Alves, Graciana. Complicações Pós-Aborto Provocado: Fatores Associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 454-458, 1992.

Ipas Brasil. **Dados e Reflexões sobre a Condição de Ilegalidade do Aborto: no âmbito da Saúde e da Justiça**. IPAS. Rio de Janeiro, Ipas Brasil, 2007. 40 p. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/cadernoPesquisa.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

Laurenti, Ruy; Buchalla, Cássia Maria *et al.* Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986 – II. Mortes por Causas Maternas. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 468-472, 1990.

Lima, Bruno Gil de Carvalho. Mortalidade por Causas Relacionadas ao Aborto no Brasil: Declínio e Desigualdades Espaciais. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 7, n. 3, p. 168-172, 2000.

Martins-Costa, Sérgio; Ramos, José G. *et al.* Causas da Mortalidade Materna no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 19, n. 7, p. 507-512, ago. 1997.

Menezes, Greice Maria de Souza e Aquino, Estela Maria Motta Lima Leão de. **Mortalidade materna na Bahia**: 1998. Salvador, 2001. (Relatório de Pesquisa).

Murta, Eddie Fernando Cândido; Freitas, Maurício Mesquita Sabino de. Qual a Influência do Quadro Clínico na Histerectomia Realizada Durante o Ciclo Grávido-Puerperal? **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 101, n. 10, p. 443-445, 1991.

Murta, Eddie Fernando Candido; Manfrin, Alessandra *et al.* Abortamento Séptico: Identificação de Fatores de Risco para Complicações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 3, p. 153-157, 2001.

Oba, Maria das Dores do Vale; Tavares, Maria Solange Guarino. Análise da Mortalidade Materna do Município de Ribeirão Preto – SP – no Período

de 1991 a 1995. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 70-76, 2001.

Parpinelli, Mary Angela; Faúndes, Aníbal *et al.* Análise da Mortalidade Evitável de Mulheres em Idade Reprodutiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 9, p. 579-584, 2000.

Parpinelli, Mary Angela; Faúndes, Aníbal *et al.* Subnotificação da Mortalidade Materna em Campinas: 1992 e 1994. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 1, p. 27-32, 2000.

Parpinelli, Mary Angela; Faúndes, Aníbal *et al.* Mortalidade Materna na Cidade de Campinas, no Período de 1992 a 1994. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 21, n. 4, p. 227-232, 1999.

Pazero, Luiz Carlos; Marcus, Paulo Afonso Ferrigno *et al.* Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o Ano de 1996. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 7, p. 395-403, 1998.

Ramos, José Geraldo Lopes; Martins-Costa, Sérgio *et al.* Morte Materna em Hospital Terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: Um Estudo de 20 Anos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 6, p. 431-436, 2003.

Silva, Kátia S. da. Mortalidade Materna: Avaliação da Situação no Rio de Janeiro, no Período de 1977 a 1987. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 442-453, out./dez. 1992.

Souza, Ariani Impieri de; Cecatti, José Guilherme *et al.* Hospitalização por Abortamento no Centro de Atenção à Mulher (Cam) – Imip – Recife. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 106, n. 9, p. 355-361, 1996.

Souza, João Paulo Dias de; Cecatti, José Guilherme *et al.* Fatores Associados à Gravidade da Morbidade Materna na Caracterização do *Near Miss*. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4, p. 197-203, 2005.

Souza, João Paulo; Cecatti, José Guilherme *et al.* Revisão Sistemática sobre Morbidade Materna *Near Miss*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 255-264, 2006.

Valongueiro, Sandra Alves. **Mortalidade Materna em Pernambuco: um estudo quantitativo e qualitativo**. Dissertação de mestrado. (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte, CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.

Vianna, Lucila Amaral Carneiro. **Panorama da Morbilidade e Mortalidade do Aborto no Município de São Paulo**. 1996. 111p. [Tese de Livre Docência]. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

Viggiano, Maurício Guilherme Campos; Faúndes, Aníbal *et al.* Disponibilidade de Misoprostol e Complicações de Aborto Provocado em Goiânia. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 106, n. 3, p. 55-61, 1996.

MÉTODO ABORTIVO

É no início dos anos 1990 que os estudos identificam uma mudança nos métodos abortivos entre as mulheres: clínicas privadas, leigas, injeções e instrumentos perfurantes são substituídos pelo misoprostol (conhecido como © *Cytotec*). A entrada do misoprostol no mercado brasileiro é objeto de especulação nos estudos: há quem considere que ele foi difundido por farmácias populares, há quem sugira que seu uso cresceu com a indicação obstétrica para indução de parto. O fato é que uma genealogia do misoprostol no universo das práticas abortivas é uma história ainda a ser reconstruída.

O misoprostol entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento de úlcera gástrica, e até 1991 sua venda era permitida nas farmácias. Esse foi um tempo suficiente para a divulgação do medicamento como um método abortivo eficiente, mais barato que as clínicas privadas e com menores riscos à saúde da mulher. Um estudo de início dos anos 1990 mostrou que o preço médio do misoprostol era de US\$6, ao passo que um aborto em clínica privada custava US\$144 e o uso de uma sonda por leiga, US\$42. Não há estudos que descrevam os custos atuais de cada método.

Os métodos abortivos dos anos 1980 eram chás, ervas, sondas, objetos perfurantes e líquidos cáusticos, além do recurso às leigas e clínicas privadas. Referências a medicamentos eram raras nos estudos, sendo feitas por menos de 15% das mulheres em situação de aborto nos hospitais públicos. Já em meados dos anos 1990, um estudo com mulheres hospitalizadas em situação de aborto encontrou que 76,1% delas conheciam o misoprostol ou um medicamento para abortar de cujo nome “não se recordavam”.

Em início dos anos 1990 foi feita uma análise dos principais estudos nacionais que indicavam o uso do misoprostol como método abortivo. Foram identificadas três razões pelas quais as mulheres optavam pelo aborto com misoprostol: privacidade, segurança e recusa ao aborto em clínicas privadas. Os estudos dos anos 2000 apresentam tendência semelhante nas razões que motivam as mulheres a escolher o misoprostol como método abortivo.

Enquanto o misoprostol ainda não estava banido das farmácias, um estudo correlacionou o volume anual de vendas do misoprostol no Brasil, o número de internações por indução de aborto e a mortalidade materna por aborto induzido. Apesar de a venda do misoprostol ter triplicado

durante o período da pesquisa, os resultados sugerem que não houve aumento no número absoluto de atendimentos pós-aborto, mas, sim, houve uma queda na morbimortalidade a ele associada. O estudo sugere que esse pode ser um indício de que o misoprostol permitiu tão somente uma mudança de métodos, isto é, não provocou uma epidemia de aborto no Brasil, mas o tornou mais seguro.

Mas foi paralelamente à identificação do novo método abortivo que os primeiros estudos sobre o impacto do misoprostol no desenvolvimento do feto começaram a surgir. No início da década de 1990, um grupo de pesquisadores levantou a hipótese de que, o misoprostol poderia ter efeitos teratogênicos no feto quando não fosse suficiente para induzir o aborto. Durante quase uma década, foram apresentados pesquisas clínicas com estudos de caso em diferentes campos médicos para estabelecer a correlação entre misoprostol e má-formações no feto.

☞ **Síndrome de Möbius**

A Síndrome de Möbius ou Seqüência de Moebius (SM) foi apontada como a principal seqüela para o feto da tentativa ineficaz de aborto por misoprostol. A SM é uma má-formação rara, e constituía objeto de poucos relatos na literatura internacional até a abertura do debate por pesquisadores brasileiros. Mais do que qualquer outro tema de aborto e saúde pública, a SM ocupou o topo da agenda de pesquisadores brasileiros nos periódicos internacionais. Esse fato acendeu o interesse pelo tema na comunicação científica, haja vista a profusão de dissertações e teses acadêmicas sobre a SM nos últimos cinco anos.

Os estudos sobre os efeitos teratogênicos do misoprostol concentraram-se no Ceará até meados dos anos 1990. Um centro de pesquisas em prevenção e uso de medicamentos lançou a hipótese do insulto gestacional: o crescimento da SM no Brasil se daria pelo aumento do uso do misoprostol como método abortivo. Hoje, outra referência para teratogenia e misoprostol é o Rio Grande do Sul.

No início do debate, não havia evidências de como o misoprostol atuaria no desenvolvimento fetal e, até hoje, estudos em ratos mostraram que o potencial teratogênico do medicamento é baixo ou nulo. Pesquisas recentes estimam um risco absoluto de dano teratogênico inferior a 10%, mas não há ainda um risco estabelecido e um padrão de anomalias associado. No entanto, há um razoável consenso na literatura de que quando não é suficiente para induzir o aborto, o misoprostol aumenta as chances de má-formação.

Nos anos 2000, foram realizados estudos extensos de metanálise sobre o misoprostol e eventos na gravidez, além dos primeiros estudos clínicos prospectivos de mulheres com uso de misoprostol durante a gestação. O principal estudo de metanálise no Brasil sobre o uso do misoprostol identificou chances 3,56 maiores de ocorrência de qualquer anomalia congênita, de 25,31 vezes maiores para SM e de 11,86 vezes de ocorrência de redução transversa de membros.

Uma característica da vasta maioria dos estudos sobre os efeitos do misoprostol é a de terem sido conduzidos com mulheres mães de crianças já diagnosticadas com SM. Os estudos recuperam os dados pela memória reprodutiva das mulheres e, o mais importante, em uma fase na qual elas já receberam o diagnóstico da causa da má-formação. Há, portanto, um importante demarcador na amostra que necessita ser investigado para o desenvolvimento da tese dos efeitos teratogênicos do misoprostol.

Outra questão importante a ser lembrada nas pesquisas sobre misoprostol e má-formação é que as mulheres relatam o uso de vários métodos abortivos simultaneamente. O efeito isolado do misoprostol não foi rigorosamente analisado. Um dos raríssimos estudos clínicos brasileiros com duas coortes homogêneas de mulheres em período gestacional, o qual comparou prospectivamente os efeitos do misoprostol no desenvolvimento fetal, encontrou a presença de má-formação em 8,9% dos fetos das mulheres que utilizaram o misoprostol (4 fetos) e nenhum caso entre os fetos das mulheres que não utilizaram. No entanto, 53,3% das mulheres do estudo que referiram o uso do misoprostol o fizeram em combinação com outros métodos abortivos. Infelizmente, a pesquisa não informou se as mulheres que deram à luz a fetos com má-formação utilizaram misoprostol sozinho ou combinado a outros métodos.

O grau de eficácia abortiva do misoprostol é resultado direto das doses e regimes de administração utilizados pelas mulheres. Há estudos internacionais de metanálise que registram eficácia de 90% na indução completa de aborto com misoprostol em doses específicas. No entanto, como se conhece pouco como as mulheres iniciam a indução do aborto em casa, o misoprostol vem sendo considerado um medicamento para iniciar o aborto e fazer com que as mulheres busquem assistência de saúde nas primeiras 24 horas de dor e sangramento.

Na verdade, por se desconhecer a realidade das mulheres que não buscam os serviços de saúde, a eficácia abortiva do misoprostol ou do misoprostol combinado a outros métodos são estabelecidos pela casuística que alcança os hospitais públicos e/ou universitários. Os

estudos descrevem as mulheres que iniciam o aborto em casa com misoprostol (em geral, com doses e intervalos desconhecidos ou muito variados) e terminam em hospitais. Mas não se sabe se há mulheres que iniciam e terminam o aborto em casa utilizando esses métodos.

Esse descompasso entre a realidade das mulheres que induzem aborto em casa com misoprostol e os dados de pesquisa com evidências de mulheres que chegam aos hospitais para a finalização do aborto resulta em um novo desafio de saúde pública: enfrentar seriamente a morbimortalidade associada ao aborto induzido e as seqüelas causadas ao feto pelo uso do misoprostol pode significar informar às mulheres quais doses e regimes de uso do misoprostol são eficazes para o aborto em casa.

↳ **Ética**

Há, no entanto, uma questão ética delicada na difusão da tese da causalidade entre tentativa de aborto por misoprostol e diagnóstico de má-formação no feto, em particular a SM. Há quase uma década, as mulheres recebem a explicação científica de que a má-formação de seus bebês é resultado da tentativa ilegal de aborto por misoprostol.

Hipótese científica não se confunde com diagnóstico médico consolidado. Foram as pesquisas sobre aborto ilegal e teratogenia que lançaram o diagnóstico da SM no cenário da assistência à saúde, em um momento no qual esse diagnóstico ainda não estava consolidado pela ciência médica. Ou seja, foi ainda como uma hipótese científica baseada em poucos casos clínicos que a tese da teratogenia do misoprostol ascendeu ao patamar de diagnóstico médico no Brasil.

Não é um ato ingênuo de pesquisa ou de assistência informar às mulheres que foi uma tentativa mal-sucedida de aborto o que provocou a má-formação no seu filho. O aborto é um tema com forte conotação moral na sociedade brasileira, e não há estudos que analisem o impacto da enunciação do diagnóstico de SM como resultado do uso de misoprostol sobre as relações de cuidado e maternagem das crianças. E muitas dessas mulheres são informadas das causas da má-formação em seus filhos como fases de um protocolo de pesquisa e não como atos de assistência à saúde.

Paralela à investigação dos efeitos teratogênicos do misoprostol, pode haver uma tentativa de imputação de responsabilidade pela má-formação da criança, um movimento que deve ser considerado arriscado para as pesquisas e para a assistência à saúde das mulheres em situação de abortamento.

Os ESTUDOS NÃO MOSTRAM como as mulheres abortam com misoprostol em casa; como elas têm acesso ao medicamento; e em quais doses e com quais intervalos a utilizam. Não há estudos por região sobre o uso do misoprostol e a morbidade associada ao aborto induzido. Não se conhecem a eficácia abortiva do misoprostol combinada com outros métodos abortivos tradicionais, em especial chás e ervas. Não há estudos sobre a qualidade da assistência oferecida às mulheres em situação de abortamento. São raros os estudos prospectivos para avaliar o desenvolvimento do feto de mulheres que utilizaram o misoprostol sozinho ou combinado com outros métodos e não abortaram. Não há pesquisas sobre o impacto ético nas mulheres do diagnóstico de má-formação fetal pelo uso indevido do misoprostol como método abortivo.

BIBLIOGRAFIA

Albano, Lilian Maria José *et al.* Atresia de Coanas: Relato de um Caso em que o Uso do Misoprostol como Abortivo Falhou. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 217-220, set. 1993.

Almeida, Múcio Brandão Vaz de; Brandt, Carlos Teixeira *et al.* A Incidência de Anomalias Ortopédicas em Portadores de Seqüência de Möbius e sua Associação com o Uso do Misoprostol. **Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, São Paulo, v. 42, n. 1-2, p. 10-16, jan./fev. 2007.

Approbato, Mário Silva; Batista, Sandro Rogério *et al.* O Misoprostol na Gestação. **Femina**, v. 30, n. 5, p. 293-295, 2002.

Barbosa, Regina Maria; Arilha, Margareth. A Experiência Brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 408-417, 1993.

Barbosa, Renata Cavalcante; Nogueira, Marcelo Bezerra *et al.* Síndrome de Moebius Relacionada ao Uso do Misoprostol (Cytotec) como Abortivo. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 140-144, 2005.

Barros, Sônia Maria Oliveira de; Juliano, Yara *et al.* Crescimento e Desenvolvimento de Fetos Humanos Expostos ao Misoprostol e sua Avaliação Perinatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 7-18, 1998.

Campeato, Viviane Ribeiro. **Uso de Plantas Medicinais Durante a Gravidez e Risco para Malformações Congênitas**. Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. 138 p.

Coelho, Helena Lutécia Luna. O Que Está em Jogo no Caso Cytotec. **Ciência Hoje**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Rio de Janeiro, v. 13, p. 60-62, 1991.

Coelho, Helena Lutécia Luna. Misoprostol: A Solução Não É Tão Simples. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 394-

395, ago. 1998. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400013&lng=pt>. Acesso em: 26 jun. 2007.

Dal-Pizzol, Tatiane da Silva. **Riscos e Benefícios para o Feto e Recém-Nascido de Medicamentos Utilizados na Gestação: Misoprostol e Antianêmicos**. 2006. 127 f. (Tese de Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Faúndes, Aníbal (Ed.). **Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia**. 2 ed. República Dominicana: Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG), 2007. p. 105 Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/Manual_Misoprostol_Portugues.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2007.

Fonseca, Walter; Misago, Chizuru *et al.* Características Sócio-demográficas, Reprodutivas e Médicas de Mulheres Admitidas por Aborto em Hospital da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 279-286, abr./jun. 1998.

Gabiatti, José Roberto Erbolato. **Características das Mulheres, Frequência, Complicações e Custos do Aborto: suas Variações de Acordo com a Comercialização do Misoprostol**. 1994. p. 93. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Júnior, Carlos Augusto Alencar; Coelho, Helena Lutécia Luna *et al.* Riscos da Utilização Indiscriminada do Misoprostol no Abortamento Legal. **Femina**, v. 20, n. 8, p. 728-730, 1992.

Lucena, Regina Célia Borges de. **Características de Mulheres Internadas por Aborto em uma Maternidade Pública em Recife-PE: Dimensão do Problema e sua Relação com a Prática Contraceptiva**. 2000. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

Opaleye, Emérita Sátiro. **Avaliação de Riscos Teratogênicos em Gestações Expostas ao Misoprostol: Um Estudo de Caso-Control**. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Osorio-de-Castro, Claudia Garcia Serpa; Pepe, Vera Lucia Edais *et al.* Uso Indicado e Uso Referido de Medicamentos durante a Gravidez. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 73-82, 2004. Suplemento.

Schüller-Faccini, Lavínia; Leite, Júlio César Loguercio, *et al.* Avaliação de Teratógenos na População Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.1, p.65-71. 2002.

Sena, Marília; Ventura, Liana *et al.* Perfil Sócio-Demográfico e Gestacional de Pacientes com a Seqüência de Möbius. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**, v. 48, n. 1, p. 1-6, 2003.

Ventura, Liana Maria Vieira de Oliveira. **Seqüência de Möbius: Estudo Comparativo das Anomalias e Distúrbios Funcionais em Crianças com ou sem Uso de Misoprostol durante a Gestação**. 2001. 109 f. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Ventura, Roberta; Ventura, Liana *et al.* Agravos Peri-Gestacionais em Pacientes Atendidos em Centros de Referência para Deficientes do Recife e Zona Metropolitana. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco**, v.49, n. 2, p. 101-105, 2004.

Viggiano, Maurício Guilherme Campos; Faúndes, Anibal *et al.* Disponibilidade de Misoprostol e Complicações de Aborto Provocado em Goiânia. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 106, n. 3, p. 55-61, 1996.

DESAFIOS ÉTICOS

Estudar uma prática ilegal é um desafio para qualquer equipe de pesquisa. Não há garantias legais de sigilo ou sigilo para os dados coletados nas pesquisas acadêmicas no Brasil. Em uma pesquisa sobre crimes, a promessa de confidencialidade dos dados é um voto de confiança dado ao pesquisador pelos participantes em nome do conhecimento científico.

Esse é o cenário que marcou os vinte anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Não é por acaso que as pesquisas com evidências foram majoritariamente conduzidas por pesquisadores com garantia de sigilo no ato profissional, ou seja, médicos e enfermeiras. Foram estudos conduzidos em serviços de saúde e/ou hospitais universitários, o que facilitou a sobreposição entre a figura do pesquisador e a do responsável pela assistência à saúde.

Essa sobreposição de papéis foi o que permitiu a realização das primeiras pesquisas com grupos de mulheres que buscavam hospitais públicos para a finalização do aborto. Os profissionais que assistiam as mulheres eram também os que analisavam suas trajetórias reprodutivas. A proteção à pesquisa se apoiava no respeito ao sigilo e à confidencialidade, dois valores centrais aos serviços de atenção à saúde. Essa se manteve como a principal característica da pesquisa sobre aborto nos anos 1990 no Brasil.

Com a aproximação dos saberes sociais ao tema do aborto, novos desafios foram lançados ao campo. Iniciaram-se as primeiras pesquisas de base populacional por inquérito domiciliar, de teste de novas metodologias para estimar a magnitude do aborto, de entrevistas com mulheres fora dos hospitais e mesmo de entrevistas em profundidade com mulheres à beira do leito. Além da Demografia, Antropologia e Sociologia, a Enfermagem é um campo que se destacou na incorporação dessas novas técnicas de pesquisa nos anos 2000.

Um exemplo do impacto que as metodologias qualitativas trouxeram para o campo das investigações sobre aborto foram os primeiros estudos sobre práticas e métodos abortivos conduzidos por cientistas sociais em meados dos anos 1990. Os estudos etnográficos mostraram que as mulheres negociavam os saberes biomédicos sobre como definir “descer a regra” e “abortar”. Desde então, vários estudos epidemiológicos incorporaram essas sutilezas culturais nos instrumentos de coleta de dados, com mudanças importantes na qualidade dos resultados.

Em um desses estudos, cujo objetivo era verificar a frequência e as condições em que se induzia o aborto, foram entrevistadas em domicílio 1995 mulheres. Em resposta à pergunta direta sobre se a mulher já havia realizado um aborto, 4% delas declararam “sim”. À pergunta sobre se alguma vez tomou chá ou remédio para menstruar, 16,7% responderam afirmativamente. Isso não significa que todas as mulheres que usaram chás ou remédios para menstruar tenham efetivamente realizado aborto, mas é possível que uma parcela delas assim tenha feito, apesar de não descrever a experiência como aborto.

Mas foi com a implementação do sistema nacional de avaliação da ética em pesquisa – Sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Cep/Conep) – que a reflexão sobre ética, pesquisa e aborto ascendeu ao patamar de questão prioritária à agenda científica, em meados dos anos 1990. As pesquisas dos anos 2000 foram majoritariamente avaliadas pelo Sistema Cep/Conep, e os autores reservaram espaços significativos da argumentação para descrever os cuidados e desafios éticos da coleta de dados.

A importância de descortinar o cenário de restrições legais e as estratégias éticas para a pesquisa sobre aborto é que os resultados de pesquisa refletem o que foi possível conhecer no Brasil nos últimos 20 anos. As metodologias adotadas partem do cenário legal restritivo a que estão submetidos os pesquisadores. Por isso, grande parte das pesquisas foi realizada em hospitais universitários e públicos localizados em centros urbanos e procurou prioritariamente responder a questões relacionadas à assistência à saúde.

A agenda de pesquisa sobre aborto foi majoritariamente definida pelas urgências da assistência – por isso a morbimortalidade materna relacionada ao aborto induzido esteve em pauta durante duas décadas – , mas também pelos cenários possíveis de coleta dos dados. Sair dos hospitais e se aproximar do espaço doméstico, dos saberes femininos e tradicionais, da participação dos homens na decisão pelo aborto são alguns dos novos itinerários da pesquisa sobre aborto e saúde pública no Brasil.

Além disso, por ser o aborto um tema na fronteira entre a lei e o tabu, os instrumentos de pesquisa determinam a qualidade dos dados. Um esforço importante de pesquisa foi dispensado nos anos 1990 quando se testou a eficácia de diferentes técnicas para a recuperação de dados confiáveis: técnicas de urna; técnicas de resposta aleatórias; inquéritos domiciliares com mulheres que sabidamente abortaram segundo relatos de prontuários e entrevistas sequenciais como forma de estabelecer

vínculos de confiança, entre outras estratégias que buscavam expandir os limites impostos pela criminalização do aborto.

O aborto induzido é um tema sobre o qual as mulheres tendem a omitir a verdade. Alguns estudos dedicaram-se a testar a eficácia de diferentes metodologias aplicadas simultaneamente a dois grupos homogêneos de mulheres. Em uma dessas pesquisas, foi testado o método de urna e o método das questões indiretas para estimar a frequência do aborto induzido. Pelo método das perguntas indiretas, 3,8% das mulheres relataram aborto induzido, ao passo que, pelo método de urna, 7,2% delas o relataram.

Isso mostra que há a preocupação compartilhada pelos principais pesquisadores brasileiros sobre aborto em proteger a integridade das mulheres envolvidas nas pesquisas, assim como em aprimorar as técnicas de recuperação da informação em um contexto em que a fronteira entre a verdade e a omissão é continuamente ultrapassada.

BIBLIOGRAFIA

Leal, Ondina Fachel. Aborto, Tensão e Negociação entre o Feminino e o Masculino. **CORPUS: Cadernos do NUPACS - Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde**, Porto Alegre, RS, 1996. [fascículo de circulação restrita].

Leal, Ondina Fachel. Corpo, Sexualidade e Aborto. In: Deber, Guita; Goldstein, Donna M. (Org.). **Políticas do Corpo e o Curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 89-107.

Leal, Ondina Fachel; Fachel, Jandyra M. G. **Corpo, Sexualidade e Reprodução: Um Estudo de Representações Sociais em Quatro Vilas de Porto Alegre/RS - Métodos Contraceptivos**. Porto Alegre, RS: UFRGS, Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde, 1995. 22 p. (Série Trabalhos de Pesquisa, n. 9).

Olinto, Maria Teresa A. Estimativa da Frequência de Abortos Induzidos: Teste de uma Metodologia. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 11, n. 2, p. 255-258, 1994.

Olinto, Maria Teresa Anselmo; Filho, Djalma de Carvalho Moreira. Estimativa de Aborto Induzido: Comparação entre Duas Metodologias. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 5, p. 331-336, 2004.

Osis, Maria José D.; Hardy, Ellen *et al.* Dificuldades para Obter Informações da População de Mulheres sobre Aborto Ilegal. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 444-451, 1996.

Silva, Rebeca de Souza E. O Uso da Técnica de Resposta ao Azar (TRA) na Caracterização do Aborto Ilegal. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 1/2, p. 41-56, 1993.

Silva, Rebeca de Souza E. Especulações sobre o Papel do Aborto Provocado no Comportamento Reprodutivo das Jovens Brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 19, n. 2, p. 249-261, 2002.

QUEM PESQUISA

Majoritariamente mulheres pesquisadoras, sediadas em universidades públicas e organizações não-governamentais da Região Sudeste, com formação em Ciências da Saúde.

🔗 Os Estudos

O campo de estudos sobre aborto é dominado por mulheres pesquisadoras, sediadas em universidades públicas e organizações não-governamentais da Região Sudeste, com formação em Ciências da Saúde. Os meios de comunicação científica prioritários do campo são os periódicos científicos, com 47% do total de fontes recuperadas, os livros, com 18%, e as teses acadêmicas, com 14%.

O tema do aborto se manteve ativo na comunicação científica durante os vinte anos em que se produziram as fontes recuperadas, mas houve um crescimento de 50% no número de publicações em 2004 e 2005, retornando ao cenário de início da década em 2006. Uma análise do que foi publicado nesses dois anos mostra um aumento na quantidade de estudos no campo jurídico, em particular sobre o aborto por anomalia fetal.

Uma característica do campo é a hegemonia de estudos sem evidências empíricas. Para cada estudo com evidências, há pelo menos 5 sem evidências, ou seja, parte considerável das fontes é de análises de argumentos e/ou teses teóricas, sem apresentações de dados empíricos. A grande maioria dos estudos com evidências é da área da Saúde Pública, ao passo que os estudos sem evidências se concentram nas áreas do Direito, da Teologia e da Filosofia.

Nos estudos sem evidência empírica, os homens pesquisadores são tão ativos quanto as mulheres, respondendo por quase a metade das publicações, com expressiva participação das Ciências Humanas (41% do total dos estudos sem evidência). O cenário se modifica quando se analisam apenas os estudos com evidências empíricas: há 66% de autoras mulheres, sendo que 75% delas são oriundas das Ciências da Saúde, e 14%, das Ciências Humanas.

🔗 Estudos com Evidências

Nos anos 1990, houve uma concentração dos estudos empíricos sobre o perfil das mulheres que realizam aborto no Brasil. Grande parte deles adotou pelo menos uma das seguintes técnicas de levantamento de dados: informações sobre hospitalizações em bases do Ministério da Saúde; busca ativa de mulheres internadas em processo de abortamento para procedimentos médicos; análise de prontuários e outros documentos hospitalares; e entrevistas à beira do leito ou em domicílio.

Os estudos reconhecem o desafio ético envolvido nas pesquisas sobre aborto, pois é entre a promessa de sigilo e o risco de uma denúncia que os dados são coletados. Essa tênue fronteira é uma possível explicação para a prevalência das pesquisas em campos disciplinares com garantia de sigilo profissional (Medicina e Enfermagem) e para a concentração de 30% do total dos estudos com evidências em um universo de quinze pesquisadores pertencentes a universidades públicas ou vinculados a serviços de assistência em hospitais universitários.

A vasta maioria dos estudos empíricos foi realizada na Região Sudeste (75%), havendo uma concentração no estado de São Paulo (58% do total). Os pesquisadores responsáveis por esses estudos estão sediados em universidades públicas (88% do total). Dado semelhante é encontrado na plataforma de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que não indica nenhum grupo de pesquisa com a palavra-chave "aborto" em universidades confessionais no País. As organizações não-governamentais são responsáveis por 9% do total de pesquisas com evidências durante o período analisado.

Os estudos de base populacional foram majoritariamente conduzidos em hospitais públicos e universitários localizados em capitais, havendo uma concentração nos estados da Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Do ponto de vista da distribuição regional, não há estudos com evidências sobre a Região Norte; além disso, apenas 14% do total de estudos foi realizado sobre o Nordeste, e 4% sobre o Centro-Oeste.

Em geral, as pesquisas se baseiam em observações coletadas em um período igual ou superior a 12 meses. Os dados dos estudos têm origem em levantamentos documentais; amostras aleatórias e não-aleatórias de mulheres; enquetes de caráter censitário; e compilações dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. As técnicas de pesquisa documental e entrevistas são as mais utilizadas, tendo sido adotadas em mais de 70% dos estudos com evidências.

A maioria das publicações são versões abreviadas de pesquisas acadêmicas para titulação, em especial dissertações de mestrado e teses de doutorado em Saúde Pública, que correspondem a 24% do total de estudos com evidências. Os estudos em hospitais e/ou clínicas privadas não alcançam 2% do total de pesquisas com evidências. Em geral, referem-se aos temas do aborto espontâneo ou recorrente e de novas tecnologias reprodutivas. Não há estudos sobre o aborto induzido e o universo da assistência privada à saúde no Brasil.

PROJETO

☞ Equipe

O plano de levantamento bibliográfico foi organizado por uma equipe de cientistas da informação e de especialistas no tema do aborto. A equipe de pesquisa foi composta de 2 coordenadoras, 3 supervisoras, 3 bibliotecárias, 3 analistas de dados, 3 assistentes de análise de dados, 1 estatístico, 1 revisora, 1 suporte administrativo e 1 suporte de informática. Em diferentes fases da pesquisa, contou-se com o suporte de consultores especializados no tema do aborto.

☞ Período de Execução

O projeto de pesquisa foi executado entre setembro e dezembro de 2007. A data-limite de recebimento das fontes para a análise foi 1º de dezembro de 2007.

PLANEJAMENTO

O objetivo do levantamento bibliográfico foi mapear a literatura especializada produzida em Língua Portuguesa e publicada no período de 1987 a 2007. Para tanto, foram levantados de forma exaustiva os estudos produzidos e publicados por editoras e autores brasileiros e também por autores ou editoras estrangeiros, desde que traduzidos para a Língua Portuguesa e publicados nesse período.

A delimitação lingüística justifica-se por três razões. A primeira é que a dispersão dos dados não permitiria a busca sistemática em vários idiomas, por isso se priorizou o debate produzido no Brasil em Língua Portuguesa. A segunda razão é que a análise nos currículos Lattes dos 30 autores mais produtivos sobre aborto no País mostrou que todos publicaram seus resultados de pesquisa preferencialmente em periódicos de comunicação científica nacionais. Por fim, a terceira razão é que a sistematização do debate nacional é um mecanismo eficaz de fortalecimento da comunidade científica em saúde pública no Brasil.

Foram recuperados documentos de todas as áreas do conhecimento, de acordo com o sistema classificatório de áreas e campos disciplinares da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Para a busca, um vocabulário sobre aborto foi desenvolvido com base na consulta às seguintes fontes: manuais de saúde; obras de referência em saúde, tais como dicionários e enciclopédias; e entidades de saúde reprodutiva, como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). O vocabulário foi submetido a um grupo de especialistas para revisão e crítica.

O vocabulário utilizou os seguintes termos:

1. Abdome agudo
2. Abortamento;
3. Abortivo;
4. Aborto completo: expulsão de todo o conteúdo uterino;
5. Aborto espontâneo: perda do feto ocorrida naturalmente;
6. Aborto eugênico ou Interrupção Eugênica da Gestação (IEG): interrupção da gestação por valores racistas, sexistas ou étnicos;
7. Aborto habitual: três ou mais abortos espontâneos;
8. Aborto incompleto: expulsão de apenas parte do conteúdo uterino ou rompimento das membranas;
9. Aborto induzido: interrupção médica da gravidez;
10. Aborto inevitável: dor ou sangramento com dilatação do colo do útero, que indicam a perda do feto;
11. Aborto legal: No Brasil, em caso de estupro ou risco de morte para a mãe ou aborto - aspectos jurídicos;
12. Aborto oculto: retenção do feto morto no útero por 4 semanas ou mais;
13. Aborto precoce: perda do feto antes da 12ª semana de gestação;
14. Aborto provocado;
15. Aborto seletivo ou Interrupção Seletiva da Gestação (ISG): casos de aborto ocorridos em nome de anomalias fetais, como anencefalia (ver: Aborto terapêutico ou Interrupção Terapêutica da Gestação - ITG);
16. Aborto séptico: infecção do conteúdo uterino antes, durante ou após o aborto;
17. Aborto tardio: perda do feto entre a 12ª e a 20ª semana de gestação;
18. Aborto terapêutico ou Interrupção Terapêutica da Gestação (ITG): remoção do feto para salvar a vida da gestante ou preservar sua saúde;
19. Aborto voluntário ou Interrupção Voluntária da Gestação (IVG): casos de aborto ocorridos em nome da autonomia reprodutiva da gestante ou do casal;
20. Ameaça de aborto: sangramento ou cólicas nas primeiras 20 semanas da gestação, indicando que o feto está em perigo;
21. Antecipação terapêutica do parto (ou apenas antecipação do parto): no caso de embrião/feto anencéfalo ou outros casos de más-formações;
22. Aspectos psicológicos e aborto;
23. Aspectos Morais e aborto;
24. Aspectos religiosos e aborto;
25. Bioética ou aspectos éticos;
26. Complicações na gravidez;
27. Contracepção ou gravidez na adolescência;
28. Crime contra a vida;
29. Curetagem;
30. Descarte de embrião ou Fertilização *in vitro* ou Inseminação artificial humana;
31. Direito à vida;
32. Direito de Escolha

das Mulheres; 33. Direito do Feto; 34. Direitos Sexuais ou Direitos Reprodutivos; 35. Estupro ou Violência Sexual contra Mulher (Adulta; Jovem e Criança); 36. Eugenia; 37. Feto; 38. Gravidez indesejada; 39. Infanticídio; 40. Interrupção da gestação ou gravidez ou descer a menstruação; 41. Misoprostol, Citotec ou Cytotec ou Prostokos; 42. Morbidade materna; 43. Mortalidade materna; 44. Morbimortalidade materna; 45. Nascituro; 46. *Near Miss*; 47. Parto ou Gestação ou Parteira ou Prática obstétrica; 48. Planejamento familiar; 49. Política de Saúde ou Sistema Único de Saúde (SUS); 50. Profissional de Saúde; 51. Reprodução assistida; 52. Reprodução Humana; 53. RU-484; 54. Saúde da mulher; 55. Saúde Pública; 56. Saúde sexual e reprodutiva; 57. Sexualidade; 58. Síndrome de Moëbius ou Möbius ou Seqüência de Moebius ou Möbius; 59. Teratógenos.

As buscas foram realizadas em 88 bases de dados bibliográficos de acesso público, dentre elas: a Biblioteca Nacional; as bibliotecas das universidades federais e estaduais; as bibliotecas das principais universidades privadas, incluindo as confessionais; a Rede Virtual de Bibliotecas (RVBI), que reúne bibliotecas de 15 órgãos públicos federais, incluindo a Câmara dos Deputados, o Senado Federal, os tribunais superiores e alguns ministérios; as editoras e livrarias e os bancos de teses e dissertações das universidades federais, estaduais e das principais universidades privadas, incluindo as confessionais; as bases da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict); os sítios de ministérios e de secretarias estaduais e municipais; e a plataforma do currículo Lattes (CV-Lattes).

Na fase de levantamento e recuperação dos documentos, a equipe não emitiu qualquer julgamento de valor que acarretasse omissão ou exclusão de referência bibliográfica ou fonte de informação. Foram recuperadas todas as fontes acessíveis pelos sistemas de busca adotados. A premissa ética da equipe de pesquisa é que cabe às comunidades científicas o julgamento da qualidade das fontes.

RESULTADOS

Foram levantadas 2.135 fontes de informação e referências bibliográficas dos seguintes tipos: informação científica, das diversas áreas, especialidades e subespecialidades do conhecimento; informação social, política e religiosa veiculada pela sociedade civil, organizada em entidades ou organizações não-governamentais; e informação oficial.

Dentre as fontes de informação e referências bibliográficas, foram localizados os seguintes tipos de documentos: livros e capítulos de livros; periódicos e artigos de periódicos; resumos e trabalhos apresentados em eventos científicos; teses, dissertações e monografias de especializações produzidas nas instituições de ensino superior em todo o País e notas técnicas de órgãos públicos.

↪ **Organização, Normalização e Padronização**

As fontes de informação e referências bibliográficas foram digitadas em uma base de dados bibliográficos, a *EndNote*. Elas foram normalizadas segundo a NBR 6023 de 2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os campos de autor, editora, local de publicação e título de periódicos foram padronizados segundo os catálogos de autor e editores da Biblioteca Nacional e do currículo Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bem como segundo o Catálogo Coletivo Nacional (CCN) do Ibict, todos de acesso público na Internet.

↪ **Seleção e Acesso aos Documentos**

As fontes foram organizadas com base em uma dupla categorização: "estudos com evidência" e "estudos sem evidência". Entendeu-se como "estudo com evidência" toda fonte que em seu resumo e/ou título indicasse que houve pesquisa com dados empíricos, fossem eles primários ou secundários. Não houve qualquer restrição ao tipo de fonte empírica. E foi cadastrada como "estudo sem evidência" toda fonte cujo resumo e/ou título indicasse que se tratava de um documento argumentativo sem pesquisa empírica.

As publicações que não possuíam resumo foram submetidas a uma segunda rodada de busca de informações por meio do seguinte procedimento: comunicação eletrônica ao autor principal, cujo endereço eletrônico estivesse disponível no currículo Lattes do CNPq, solicitando o resumo ou o texto integral da publicação.

A seleção inicial identificou 540 fontes como possíveis estudos com evidências. Os documentos foram selecionados pelo título e pelas palavras-chave atribuídas pelos autores ou pelas bases de dados bibliográficos consultadas. Desse conjunto, 342 fontes não estavam disponíveis para acesso integral em nenhuma das bases indicadas na metodologia. Foram enviadas 264 mensagens eletrônicas e 62 autores enviaram os documentos solicitados.

O resultado foi a recuperação de quase 80% do total de estudos com evidência. O conjunto de estudos com evidência foi de 398 documentos, 18% do total de fontes recuperadas para a bibliografia, o que compôs o conjunto de referências que fundamentou a síntese apresentada no relatório narrativo. Somente foram incluídas na categoria "estudos com evidência", as fontes analisadas integralmente.

Para o acesso aos documentos selecionados, foram utilizados os seguintes procedimentos: a) impressão daqueles disponíveis em texto integral na Internet; b) aquisição dos livros por meio de doação, empréstimo ou compra; c) aquisição de cópias dos artigos de periódicos após consulta ao CCN do Ibict e solicitação nas bibliotecas locais, bibliotecas remotas e via Comutação Bibliográfica (Comut); d) solicitação de cópias de teses e dissertações aos próprios autores ou, em último caso, via Comut.

☞ Coleta e Sistematização dos Dados

Para a avaliação dos estudos com evidência e dos estudos sem evidência, foram criados dois questionários. Para as publicações dos estudos sem evidência, o questionário previa a coleta dos seguintes dados nas referências bibliográficas:

a) tipo do documento - periódico, evento científico no todo ou em parte, documento eletrônico, livro, capítulo de livro, tese, dissertação ou monografia de especialização; b) tipo de autoria, que pode ser simples ou múltipla; c) se a publicação foi pessoal ou de entidade; d) gênero do autor principal; e) título do periódico, para o caso de artigos; f) ano da publicação; g) campo disciplinar do documento, tendo sido adotadas as áreas Ciências da Saúde e Biológicas, Ciências Humanas e Sociais, Ciências Exatas, Não-Identificada ou outras.

Para as publicações dos estudos com evidência, o questionário foi mais extenso e previa a coleta dos seguintes dados nas referências bibliográficas, no resumo e em consulta à publicação:

a) tipo do documento - periódico, evento científico no todo ou em parte, documento eletrônico, livro, capítulo de livro, tese, dissertação ou monografia de especialização; b) tipo de autoria, que pode ser simples ou múltipla; c) se a publicação foi pessoal ou de entidade; d) gênero do autor principal; e) formação do autor - graduação, especialização, mestrado, doutorado, sempre se optando pela maior titulação; f) função desempenhada pelo autor, se pesquisador ou profissional de qualquer área, dando-se sempre preferência à primeira função apresentada; g)

vinculação institucional - instituição de ensino superior pública, privada, confessional ou estrangeira, hospital público, privado, universitário ou clínica privada, órgão público, empresa privada, organização não-governamental, organismo internacional ou outra; h) área de vinculação profissional do autor - Ciências da Saúde e Biológicas, Ciências Humanas e Sociais, Ciências Exatas ou outra; i) unidade da federação e região do autor; j) título do periódico, para o caso de artigos de periódicos; k) ano da publicação; l) entidade que financiou ou apoiou o estudo, a qual pode ser órgão federal (Capes, CNPq, ministérios e universidades federais), órgão estadual (FAPs, secretarias de estado e universidades estaduais), órgão municipal (secretarias municipais e universidades municipais), organização não-governamental, organismos internacionais, tais como Fundação Ford, ONU e OMS; financiamento privado ou outras; m) campo disciplinar do documento - ciências da saúde e biológicas, ciências humanas e sociais, ciências exatas ou outras; n) local em que o estudo foi realizado - instituição de ensino superior pública, privada ou confessional, rede pública de saúde, rede privada de saúde, hospital universitário, órgão público, empresa privada, organização não-governamental, redes sociais, comunidades rurais, comunidades urbanas, grupos de apoio ou outros; o) unidade da federação do estudo; p) metodologia do estudo; q) técnicas do estudo, que podem variar entre *survey*, entrevistas, etnografia, estimativas, pesquisa documental, estudo de procedimentos técnicos e outras.

Cada questão permitia a escolha de apenas uma opção e possuía ainda a opção "não identificada" ou outras.

Dois pesquisadores participaram da fase de avaliação das fontes, sendo um responsável pela avaliação e o outro pela checagem. Em caso de discordância, um terceiro pesquisador participava da avaliação. Os questionários foram preenchidos e digitados no programa Access, do Windows. Posteriormente, foram exportados para o programa Excel. Os dados foram analisados no *Statistical Analysis System (SAS)*. A análise e síntese das fontes foram realizadas por três pesquisadores.

LIMITAÇÕES DA METODOLOGIA

Ao longo das atividades de busca, a equipe de pesquisa se deparou com algumas limitações que demandaram soluções alternativas ao planejamento inicial, a fim de não comprometer os resultados do levantamento.

1. A dispersão da comunicação científica brasileira em razão da carência de bases de dados ou sistemas de informação especializados

nos diversos campos e áreas do conhecimento. O exemplo mais crítico dessa dispersão são as bases de monografias de especialização, teses e dissertações acadêmicas, literatura de alto valor para o projeto de pesquisa;

2. As bases de dados brasileiras utilizam diferentes sistemas de normalização e catalogação bibliográficas. Além disso, não há padronização para as principais entradas da publicação, tais como autor ou editora. O problema é ainda mais delicado nas bases cujas publicações são registradas pelos próprios autores. Em alguns momentos, esse cenário resultou em casos como o de uma única tese ser recuperada com 4 títulos diferentes, a depender da base em que ela havia sido registrada;

3. A construção de uma bibliografia dessa abrangência e extensão depende da cooperação dos próprios autores. Apesar da receptividade em disponibilizar os dados e os textos integrais das publicações, alguns pesquisadores faziam demandas com relação à forma da citação de seus trabalhos, algo que não era possível à equipe de pesquisa antecipar na fase de recuperação das fontes;

4. Apesar de o número de currículos Lattes ter ultrapassado a marca de 1 milhão, segundo dados do último censo do CNPq, a comunicação com os pesquisadores nem sempre é ágil. Muitos deles ainda não possuem seus currículos cadastrados na plataforma Lattes, outros estão com seus dados desatualizados e, por fim, alguns demoram a responder a comunicações enviadas por correio eletrônico;

5. São ainda escassas as bases de dados que dão tratamento técnico específico e indexam os capítulos dos livros e artigos de periódicos científicos brasileiros. Outro tipo de literatura com dificuldades de recuperação são os resumos ou trabalhos apresentados em eventos científicos, a exemplo de congressos e conferências;

6. Por fim, o acesso aos documentos costuma ser dificultado pelas lacunas dos acervos das bibliotecas, sobretudo as universitárias, e pelo alto custo do acesso remoto. Além disso, há demora no recebimento das publicações, uma vez que muitas não estão disponíveis em meio eletrônico.

CONTROLE DE QUALIDADE

As limitações descritas acima foram enfrentadas por um rigoroso controle de qualidade, em que se tomaram medidas técnicas adequadas durante todas as fases do levantamento.

1. O fenômeno da dispersão foi solucionado por meio da consulta ao maior número de bases de dados possível, mesmo aquelas de teor semelhante e que gerariam redundância no planejamento inicial. Em seguida, foi feita referência cruzada entre todas as fontes citadas pelos autores em suas publicações. Após o cruzamento das informações entre as bases e as referências citadas nas publicações, foi feita uma consulta pessoal aos trinta pesquisadores mais produtivos. A todos eles, foi remetida a base de dados de pesquisas com evidência para que eles avaliassem a abrangência a partir de sua experiência como ativos participantes da comunidade científica. As bases de teses e dissertações mantidas pelas principais instituições de ensino superior, assim como as da Capes e do Ibict, foram consideradas de extrema relevância para o levantamento desse tipo de literatura;

2. A diversidade de normalização e catalogação foi resolvida com a adoção de um único sistema de normas, a ABNT. A padronização foi baseada nos catálogos de autoridade desenvolvidos pela Biblioteca Nacional e, em casos omissos, no currículo Lattes. Em casos excepcionais de dúvida, o pesquisador foi consultado;

3. Na medida do possível, as demandas dos pesquisadores foram acatadas. A equipe de pesquisa foi treinada para responder às demandas, esclarecer sobre os objetivos do projeto e, em casos excepcionais, justificar por que os encaminhamentos foram diferentes dos sugeridos pelos pesquisadores;

4. Para a comunicação com os pesquisadores, foram utilizados todos os contatos disponíveis na plataforma Lattes ou nas publicações, seja via telefone, fax, correio tradicional ou correio eletrônico. A desistência em estabelecer o contato com os pesquisadores só ocorreu quando todos esses meios falharam;

5. Para esgotar a identificação de capítulos de livros e artigos de periódicos, muitas vezes foi necessário recorrer à consulta dos sumários das próprias publicações, sobretudo dos livros e periódicos científicos considerados bastante relevantes para o tema. As informações sobre os resumos e trabalhos apresentados nos eventos científicos foram pesquisados, alternativamente, nos currículos da plataforma Lattes;

6. O acesso à literatura foi possível por meio do contato direto, sobretudo via telefone, entre as bibliotecárias e cientistas da informação do projeto e as que trabalham nas diversas bibliotecas espalhadas pelo País. A busca compartilhada e o acesso cooperativo são marcas características das atividades desses profissionais.