



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**20 ANOS  
DE PESQUISAS  
SOBRE ABORTO  
NO BRASIL**

Brasília-DF  
2009



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**  
**Departamento de Ciência e Tecnologia**

**20 ANOS**  
**DE PESQUISAS**  
**SOBRE ABORTO**  
**NO BRASIL**

**Série B. Textos Básicos de Saúde**

**Brasília-DF**  
**2009**

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 4.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplana dos Ministérios, bloco G, Edifício-Sede, 8.º andar, sala 851

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 3315-3298

Fax: (61) 3315-2998

E-mail: [deciit@saude.gov.br](mailto:deciit@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

*Coordenação da Pesquisa:*

Debora Diniz e Marilena Corrêa

*Suporte de Informática:*

Gracielle Ribeiro

*Redação Geral:*

Debora Diniz

*Redação Geral:*

Debora Diniz

*Supervisão de Pesquisa:*

Flávia Squinca

*Revisão Técnica:*

Marilena Corrêa

*Supervisão de Pesquisa Bibliográfica:*

Kátia Soares Braga e Elise Nascimento

*Redação da Metodologia:*

Kátia Soares Braga

*Equipe de Pesquisa:*

Ana Paula Deusdará

Laysse Noleto

Lívia Barbosa

Natália Pereira

Sanny Cardoso

Wederson Santos

*Dados Estatísticos:*

Alam Guimarães e Flávia Squinca

*Produção Editorial:*

Flávia Squinca e Fabiana Paranhos

*Revisão de Texto:*

Ana Terra Mejia Munhoz

*Equipe de Apoio à Pesquisa:*

Érica Noleto

Gleice Barbosa

Mayara Araújo

Seânio Sales

Thaís Imperatori

*Revisão da Normalização Bibliográfica:*

Ana Terra Mejia Munhoz

*Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico:*

Lilian Silva

*Arte:*

Ramon Navarro

*Suporte Administrativo:*

Sandra Costa

*Apoio financeiro:*

O projeto que deu origem a este relatório foi financiado pelo Ministério da Saúde por intermédio de Cooperação Técnica com o Escritório Regional da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil. Foi executado por pesquisadores da Universidade de Brasília e pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

72 p. : il. + 1 CD-ROM – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Anexo : CD-ROM encartado na contracapa, contendo Bibliografia.

ISBN 978-85-334-1559-1

1. Aborto. 2. Saúde pública. 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Série.

CDU 618.39 (81)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0015

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Abortion and Public Health in Brazil: 20 years of research

Em espanhol: Investigaciones sobre Aborto y Salud Pública en Brasil: 20 años

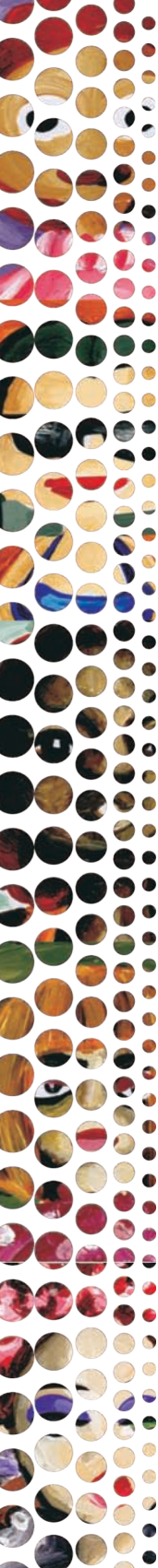


## Agradecimentos

A EQUIPE DE PESQUISA AGRADECE o financiamento do Ministério da Saúde por intermédio de Cooperação Técnica com o Escritório Regional da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil e às executoras do projeto, Universidade de Brasília e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Agradece, ainda, a 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 Anselmo 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 e a todos os pesquisadores e autores que enviaram referências bibliográficas, em especial àqueles que revisaram os originais deste relatório e da bibliografia.

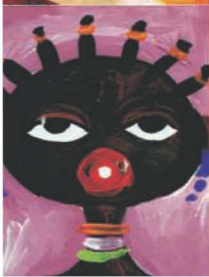
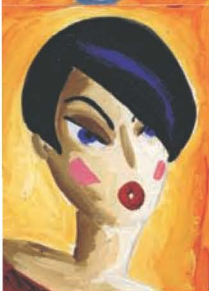
*Em memória de Maria Isabel Baltar da Rocha.*





## Sumário

Apresentação.....	7
Aborto e Saúde Pública.....	11
Perfil.....	13
Trajetória do Aborto.....	21
Adolescência.....	25
Aborto, Complicações e Seqüelas.....	29
Misoprostol.....	33
Ética, Pesquisa e Aborto.....	39
Mapa da Pesquisa.....	43
Metodologia de Busca.....	47
Referências.....	59



## Apresentação

O projeto que deu origem a este relatório sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do aborto no Brasil. O objetivo foi, de um lado, fortalecer a agenda nacional de pesquisas sobre aborto, organizando o conhecimento disperso, e, de outro, aproximar o debate político da produção acadêmica brasileira. O resultado foi a recuperação de 2.109 fontes em língua portuguesa, publicadas por autores, periódicos e editoras nacionais ou estrangeiros.

Todas as fontes foram avaliadas pelos títulos e resu-

mos, e aquelas que indicavam conter pesquisas com dados primários ou secundários foram selecionadas para análise integral. A metassíntese apresentada neste relatório resultou de um exame 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 dessa prática: perfil do aborto; trajetória do aborto; aborto e adolescência; aborto, complicações e seqüelas; aborto e misoprostol.

Para cada tema, apresentou-se 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, embora presentes na recuperação bibliográfica, algumas questões foram consideradas secundárias à síntese do relatório, tais como aborto espontâneo, aborto recorrente, novas tecnologias reprodutivas ou pesquisas de opinião sobre o aborto.

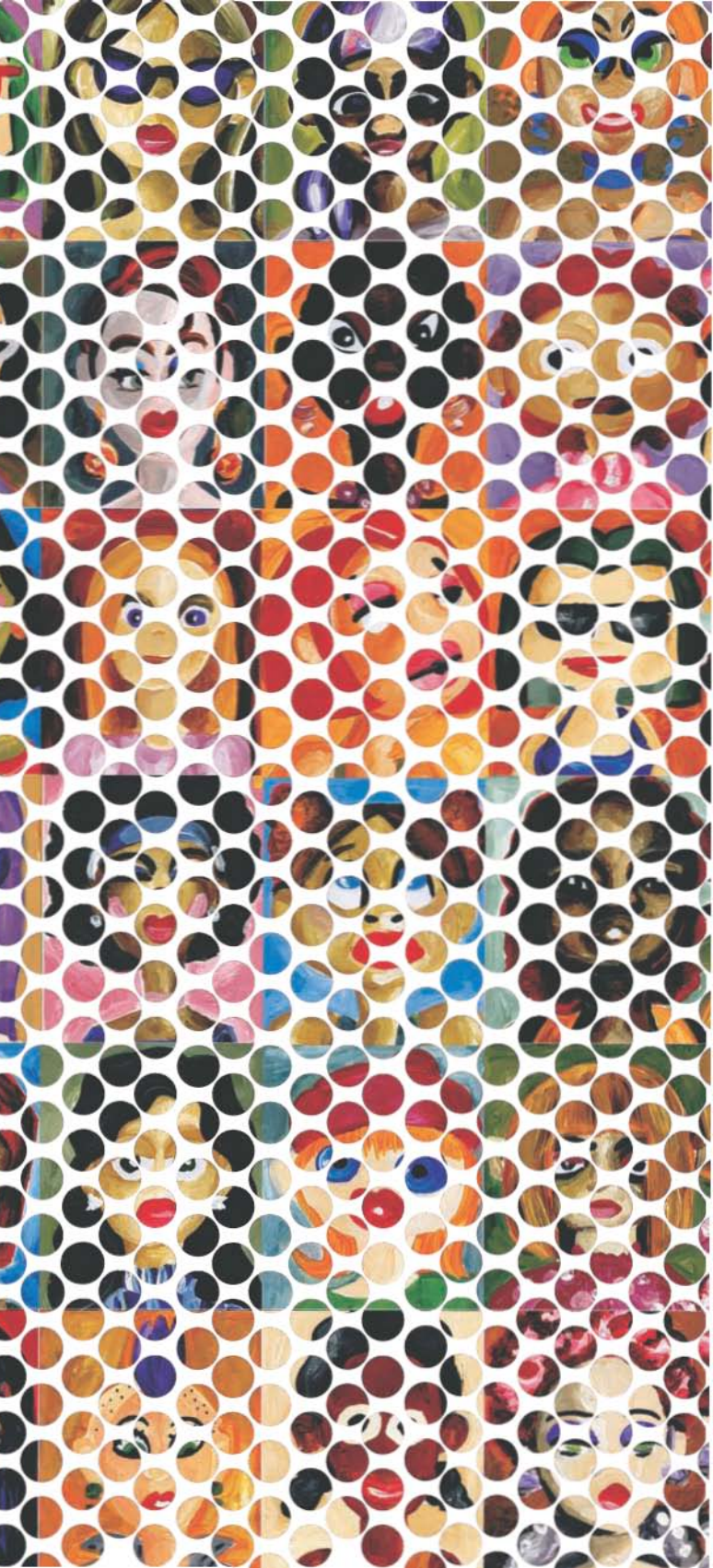
Os temas do aborto legal e do aborto por anomalia fetal são questões no topo da agenda de saúde pública, mas raramente constituem objetos de estudos sistemáticos com evidências. Essa escassez de estudos com evidência não permitiu a inclusão de ambos nas seções temáticas, muito embora eles tenham dominado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

Os dados apresentados resumem o que os pesquisadores brasileiros produziram sobre aborto nos últimos 20 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 mulhe-

res do país. Em larga medida, este é o pano de fundo da síntese: *são 20 anos de pesquisas sobre aborto com mulheres que buscam o serviço público de saúde para hospitalizações.*

*Reinaldo Guimarães, Debora Diniz e Marilena Corrêa*





## Aborto e Saúde Pública



### INTRODUÇÃO

O aborto se manteve na pauta de pesquisas brasileiras nos últimos 20 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 cinco sem evidências. Os estudos com evidência são quase todos relativos ao campo da saúde pública.

Os resultados confiáveis das principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade traz consequências 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

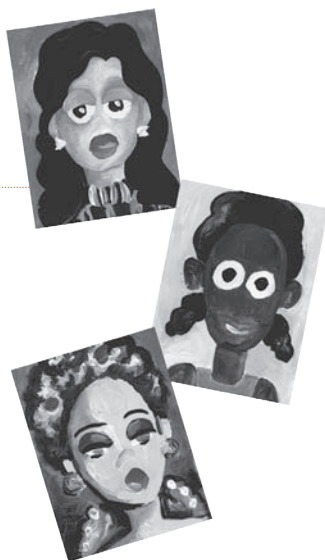
maioria é jovem, pobre e católica e já possui filhos.

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 traz sérias e importantes evidências para o debate.



## Perfil

---



## 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 as pesquisas, o que permite uma 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 escassos. 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 esse cálculo 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 casos ocor-

reu 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 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 ampla amostra populacional de mulheres. Por meio da abordagem direta, encontrou-se a incidência de oito 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 em pesquisas de base populacional: o método da urna e o 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, em relação àquelas entrevistadas pelo método das questões indiretas, o índice foi de 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. Há, contudo, 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, entre 72,5% e 78%, da experiência de aborto induzido entre as adolescentes mais velhas, no segmento de 17 a 19 anos.

É no conjunto dos estudos com adolescentes que surge o uso tanto de novas metodologias, em especial sobre temas originais à saúde pública, como saúde mental, bem-estar e reprodução, quanto de 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 de 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 selecio-



nadas de mulheres indicam que entre 44,9% e 91,6% do total das que têm 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 nos 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 de 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 20 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. Algumas pesquisas agrupam mulheres analfabetas e mulheres que cursaram o ensino fundamental, outras segmentam os grupos por anos de estudo 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 diante de 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 constituem tais fatores: 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 contraceptivos, em particular a pílula anticoncepcional, o que sugere sua utilização irregular ou equivocada. No caso dos estudos da Região Nordeste, a ausência desses métodos 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 à utilização de métodos contraceptivos é um dado coerente com a 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 que apresentou falha) e o recurso ao aborto induzido.

### *Métodos Abortivos*

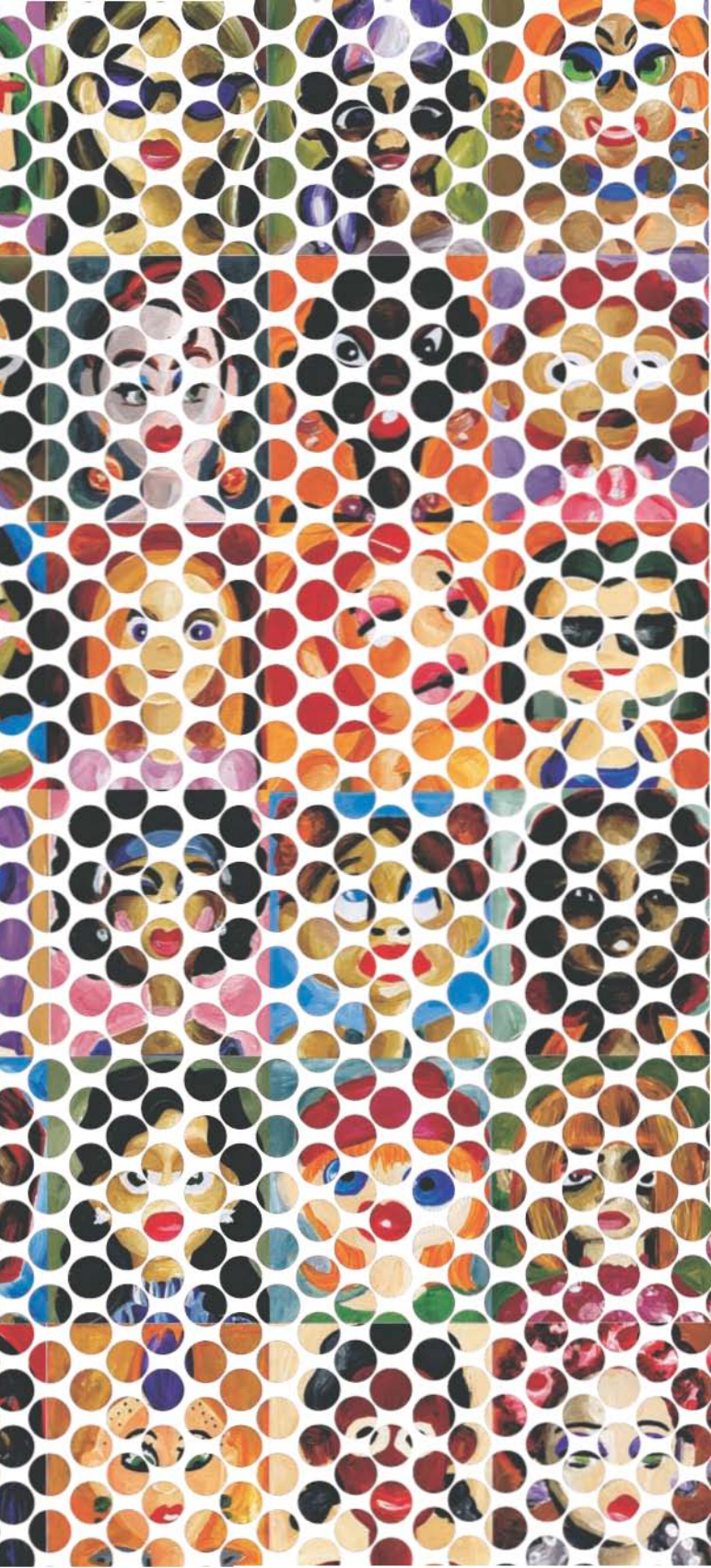
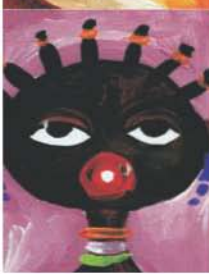
O início dos anos 1990 marcou uma mudança significativa no perfil dos métodos abortivos adotados pelas mulheres nas grandes cidades. Métodos encontrados nos estudos dos anos 1980, como venenos, líquidos cáusticos ou injeções, passaram a ser inexpressivos nos relatos das mulheres. O misoprostol se tornou o mé-

todo preferencial para realizar o aborto em casa ou para iniciá-lo em casa e terminá-lo no hospital. É sobre a redução da heterogeneidade dos métodos abortivos que os estudos mais têm convergido nos últimos 20 anos.

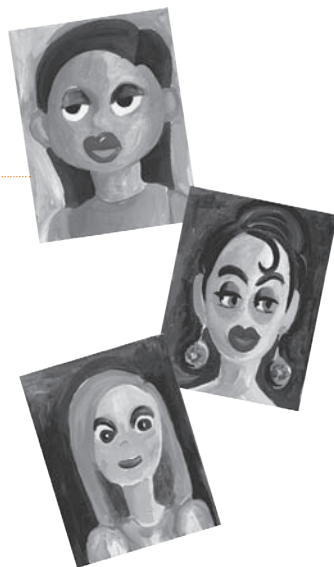
Entre as mulheres que declaram ter induzido o aborto, os estudos indicam que de 50,4% a 84,6% utilizaram o misoprostol, havendo maior prevalência do uso dessa substância no Nordeste e Sudeste. Considerando que os estudos de meados dos anos 1980 registram entre 10% e 15% de uso de medicamentos como método abortivo e altas taxas de morbimortalidade por aborto induzido, a entrada do misoprostol no cenário das práticas abortivas provocou uma mudança: ele passou a ser o método preferencial das mulheres, pois traz menores riscos à saúde e implica 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 instrumen-

tos abortivos, em particular de quem compram ou recebem o misoprostol ou os chás; não se sabe quais os recursos abortivos e as 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 sobre 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.



## Trajétória do Aborto



### 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 o limite entre um atraso menstrual e uma gestação.

Os estudos qualitativos indicam que até quatro sema-

nas 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 pertence aos saberes femininos compartilhados, e cabe às mulheres, em particular mães, sogras e irmãs, sua preparação.

#### *Cenário Intermediário*

Se os chás ou ervas não regularizam a menstruação, sua eficácia poderá ser novamente testada para provocar um abor-

to. Os estudos não descrevem 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 raras 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 todos eles foram conduzidos com mulheres que chegaram aos hospitais em processo de abortamento. A magnitude da ocorrência do aborto com misoprostol é, portanto, estimada com base em entrevistas com mulheres que chegam aos hospitais com aborto incompleto ou com base nos prontuários de pacientes atendidas para finalização de aborto.

### *Cenário Final*

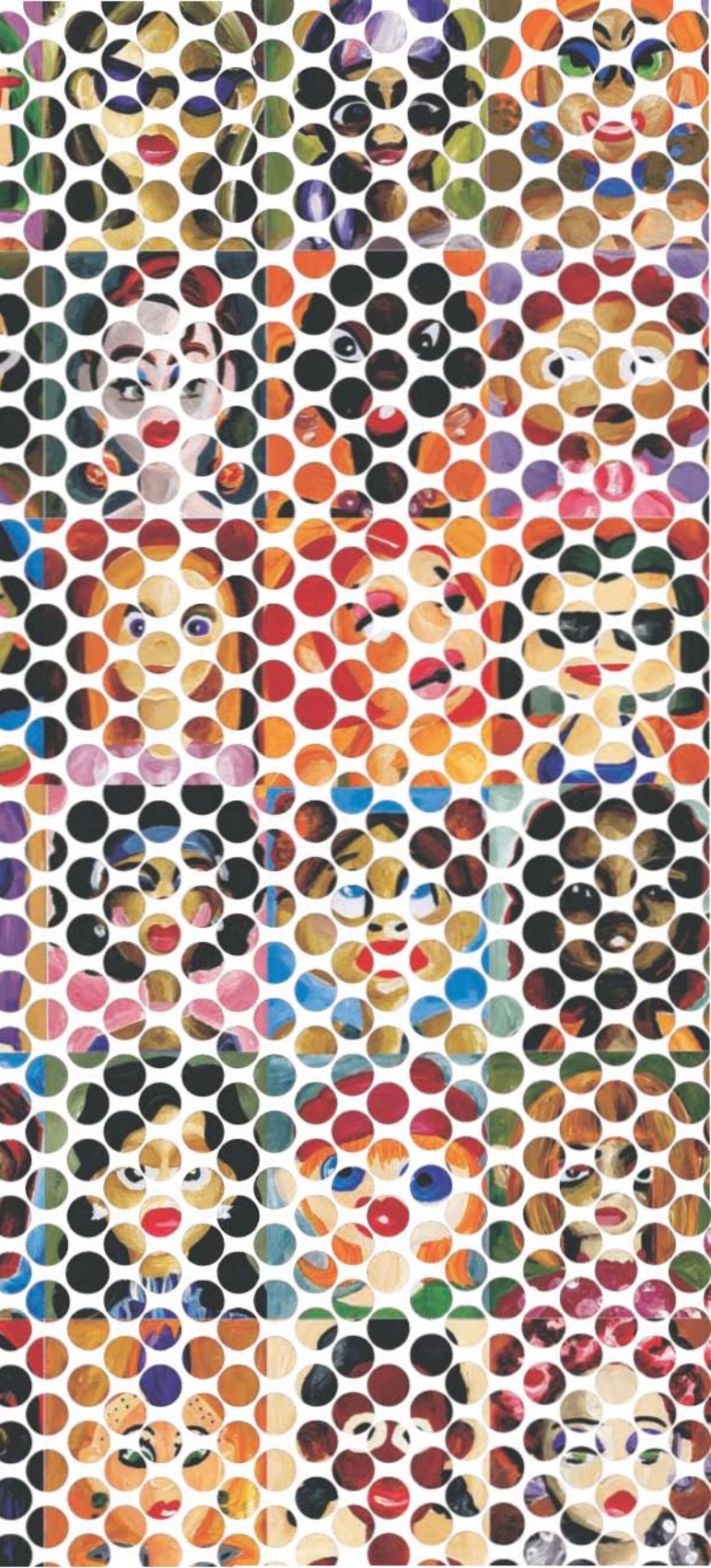
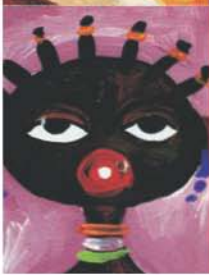
Em relação às mulheres que finalizam o aborto nos hospitais, é nas primeiras 24 horas pós-uso do misoprostol que elas procuram um hospital público. Entre 70% e 79,3% delas apresentam como sintomas dores abdominais e san-

gramento, sendo diagnosticado o abortamento incompleto. Entre 63% e 82% 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. De 9,3% a 19% apresentam sinais de infecção.

OS ESTUDOS NÃO MOSTRAM quantas mulheres abortam em cada um dos cenários acima descritos, tampouco os cenários daquelas que abortam em clínicas privadas. O percurso dessas mulheres é desconhecido. Não há informações sobre mulheres

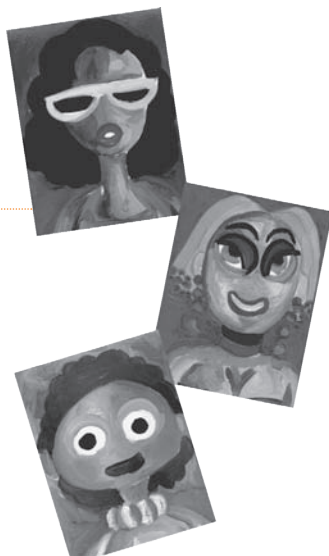
que utilizam misoprostol, chás ou ervas e abortam integralmente em casa. Alguns estudos sustentam a ausência desses dados com base na ineficácia do misoprostol em abortar no primeiro trimestre de gestação, mas não há pesquisas clínicas que avaliem o potencial abortivo do misoprostol nesse período no Brasil. Não existem estudos descritivos sobre as trajetórias de aborto em mulheres residentes fora dos grandes centros urbanos. Suas práticas, crenças e métodos abortivos são desconhecidos.







## Adolescência



### 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 em 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 casos ocorre 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 decidir dar prosseguimento à gestação. Pesquisas qualitativas sugerem que 73% das jovens entre 18 e 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 finaliza-

ção 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 e 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 mi-

soprostol 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. Além das entrevistas, a equipe de pesquisa realizou 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 das 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 chance de tentar 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 vivo, as mulheres com essa experiência tinham menos anos de estudo.

Poucas pesquisas avaliam a adesão de adolescentes a programas de planejamento familiar. Um estudo acompanhou durante cinco anos adolescentes com experiência prévia de abortamento em programas de

planejamento familiar e orientação para uso de métodos anticoncepcionais. Do total das participantes do programa, apenas 16,7% voltaram a engravidar, 50% das quais 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 de 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.



## Aborto, Complicações e Seqüelas



### 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 da magnitude da morte materna no Brasil. Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e a quarta causas 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 fato-

res 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 lugares no grupo das causas isoladas de morte materna em meados dos anos 1990.

Os estudos de meados dos anos 1990 e 2000 registraram uma mudança epidemio-

lógica significativa no perfil da morte materna por aborto induzido. Houve uma redução do número de casos, e várias pesquisas passaram a analisar a correlação entre a queda na morbimortalidade por aborto induzido e o uso do misoprostol em detrimento de métodos perfurantes ou cáusticos e 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 da venda. Houve um aumento de quase 50% das complicações infecciosas e hemorrágicas do aborto entre o período de máxima comercialização do misoprostol e o posterior a 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 essa intervenção 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 desse medicamento 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 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 presente em 40% dos casos. O estudo não isolou o método abortivo 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 nos 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 e que 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 participantes do estudo foram processadas



pela prática de aborto após denúncias sofridas durante a hospitalização.

OS ESTUDOS NÃO MOSTRAM quais os riscos do 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 envol-

vidos 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.

## Misoprostol

### 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 a genealogia do mi-

soprostol 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 eficaz, 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 por abortamento descobriu 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. Identificaram-se 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 da escolha do misoprostol para indução de aborto.

Enquanto o misoprostol ainda não estava banido das farmácias, um estudo correlacionou o volume anual de vendas do medicamento 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 uma queda na morbimortalidade a ele associada. Segundo o estudo, 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 apresentadas 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 Sequência de Moebius (SM) foi apontada como a principal seqüela para o feto da tentativa ineficaz de aborto por misoprostol. Rara má-formação, a SM 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 mi-

soprostol 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 por causa do aumento do uso do misoprostol como método abortivo. Hoje, outra referência em pesquisas sobre 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 misopros-

tol e eventos na gravidez, além das primeiras pesquisas clínicas prospectivas de mulheres com uso desse medicamento durante a gestação. O principal estudo de metanálise no Brasil sobre o uso do misoprostol identificou chances 3,56 vezes maiores de ocorrência de qualquer anomalia congênita, 25,31 vezes maiores de ocorrência de SM e 11,86 vezes maiores 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 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 medicamento (quatro fetos) e nenhum caso entre os fetos das mulheres que não o utilizaram. No entanto, 53,3% das participantes 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 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. Há estudos internacionais de metanálise que registram eficácia de 90% na indução completa de aborto com misoprostol em doses es-

pecíficas. No entanto, como se conhece pouco sobre como se inicia a indução do aborto em casa, o misoprostol vem sendo considerado um medicamento para começar 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 é estabelecida 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 começam e finalizam o aborto em casa utilizando esse método.

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. Além disso, 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 o utilizam. Não há estudos por região sobre o uso do misoprostol e a morbidade associada ao aborto induzido. Não se conhece 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.

## Ética, Pesquisa e Aborto



### DESAFIOS ÉTICOS

Estudar uma prática ilegal é um desafio para qualquer equipe de pesquisa. Não há garantias legais de segredo ou sigilo dos dados coletados nas pesquisas acadêmicas no Brasil. Em um estudo 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 20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil. Não é por acaso que os estudos com evidência foram majoritariamente conduzidos por pesquisadores

com garantia de sigilo no ato profissional, ou seja, médicos e enfermeiras. Foram estudos realizados 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 dos estudos 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 provocaram no campo das investigações sobre aborto foram os primeiros estudos sobre práticas e métodos abortivos conduzidos por cientistas sociais em me-

ados dos anos 1990. As pesquisas etnográficas 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 1.995 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 havia tomado 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 revisão da ética em pesquisa

– Sistema Comitês 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. Os estudos dos anos 2000 foram majoritariamente avaliados 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 conduzir estudos 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 dos estudos 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 majoritariamen-

te definida não apenas 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 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; entrevistas sequestradas como forma de estabelecer vínculos de confiança; e 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 de 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, bem como em aprimorar as técnicas de recuperação de informação em um contexto em que a fronteira entre a verdade e a omissão é continuamente ultrapassada.



## Mapa da Pesquisa



### 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 20 anos em que se produziram as fontes recuperadas, mas houve um crescimento de 50% no número de publicações em 2004 e 2005, retornando-se ao cenário do 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 evidência empíricas. Para cada estudo com evidência, há pelo menos cinco sem evidência, 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 evidência é da área da saúde pública, ao passo que os estudos sem evidência 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 Evidência*

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 evidência em um universo de 15 pesquisadores pertencentes a universidades públicas ou vinculados a serviços de assistência em hospitais universitários.

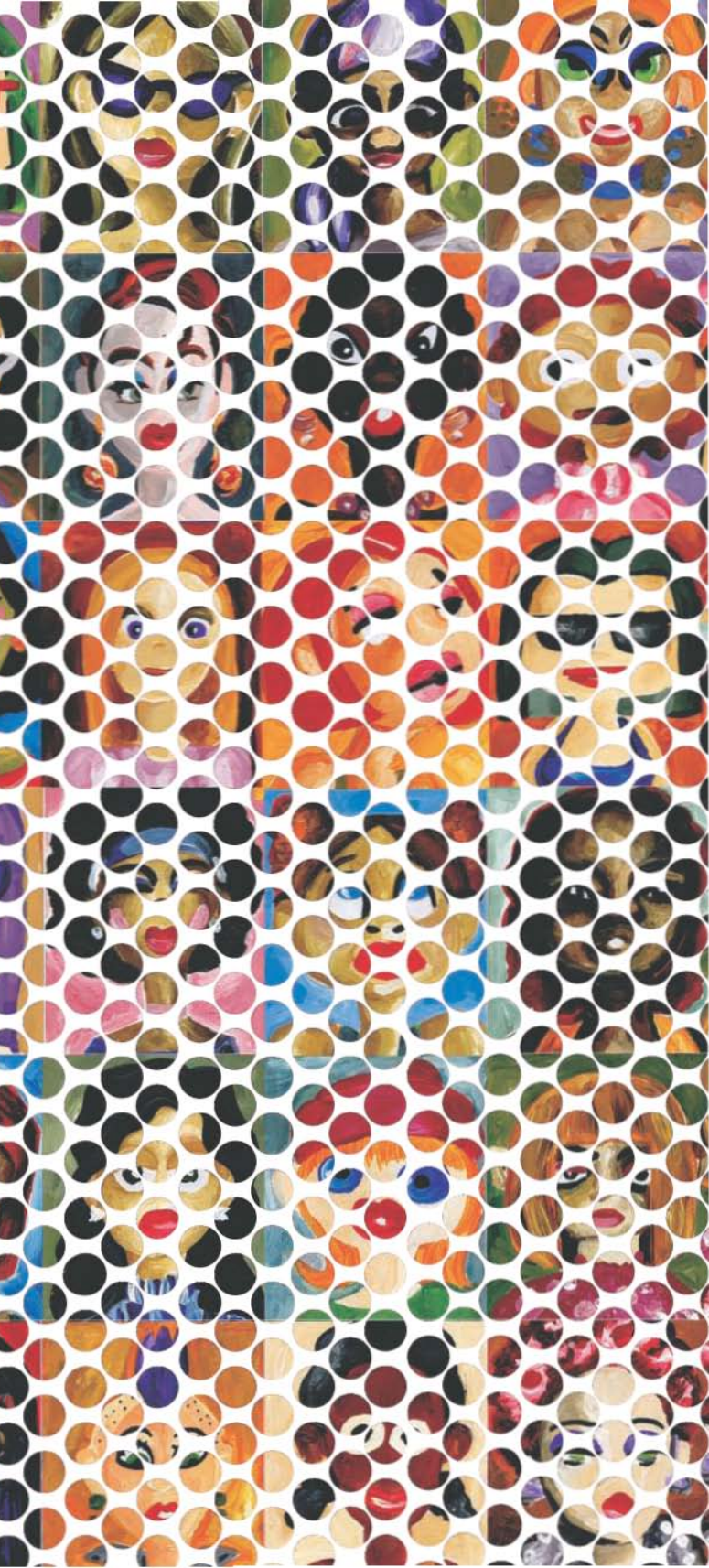
A vasta maioria dos estudos empíricos foi realizada na Região Sudeste (75%), havendo uma concentração no

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 com a palavra-chave “aborto” em universidades confessionais no país. As organizações não-governamentais são responsáveis por 9% do total de pesquisas com evidência 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, do Ceará, de Pernambuco, do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul e de São Paulo. Do ponto de vista da distribuição regional, não há pesquisas com evidências sobre a Região Norte; além disso, apenas 14% dos estudos foram realizados 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 têm origem em levantamentos documentais; amostras aleatórias e não-aleatórias de mulheres; enquetes de caráter censitário; e compilações feitas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. As técnicas de pesquisa documental e entrevista são as mais utilizadas, tendo sido adotadas em mais de 70% dos estudos com evidência.

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 evidência. Os estudos em hospitais e/ou clínicas privadas não alcançam 2% do total de pesquisas com evidência. Em geral, eles referem-se aos temas do aborto espontâneo ou recorrente e das novas tecnologias reprodutivas. Não há estudos sobre o aborto induzido e o universo da assistência privada à saúde no Brasil.





## Metodologia de Busca

### PROJETO

#### *Equipe*

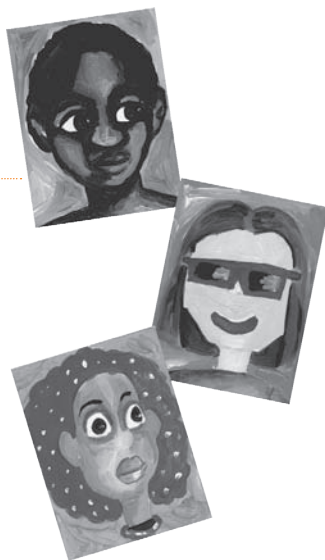
O plano de levantamento bibliográfico foi organizado por uma equipe de cientistas da informação e de especialistas no tema do aborto. A equipe de pesquisa foi composta de duas coordenadoras, três supervisoras, três bibliotecárias, três analistas de dados, três assistentes de análise de dados, um estatístico, uma revisora, um suporte administrativo e um 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 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 incluiu 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 rom-

pimento 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 quatro 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 semanas 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 de 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 em 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 a 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 Sequência de Moebius ou Möbius; 59. Teratógenos.

As buscas foram realizadas em 88 bases de dados bibliográficos de acesso público, entre 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 al-

guns 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 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 2.109 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.

Entre as fontes de informação e referências bibliográficas, foram localizados os seguintes tipos de documento: 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 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. 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 evidência. Os documentos foram selecionados pelo título e pelas palavras-chave atribuídas pelos autores ou pelas bases de dados bibliográficas 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 grupo 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); e 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. Em relação às 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 – 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 arti-

gos; f) ano da publicação; e 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.

Em relação às 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 – 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; k) ano da publicação; l) entidade que financiou ou apoiou o estudo, a qual pode ser órgão federal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ministérios e universidades federais), órgão estadual (Fundos de Apoio à Pesquisa (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; e 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 a 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.

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;

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

do 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 quatro títulos diferentes, a depender da base em que havia sido registrada;

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;

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;

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;

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.

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, fez-se a 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 30 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 Ict, foram consideradas de extrema relevância para o levantamento desse tipo de literatura;

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;

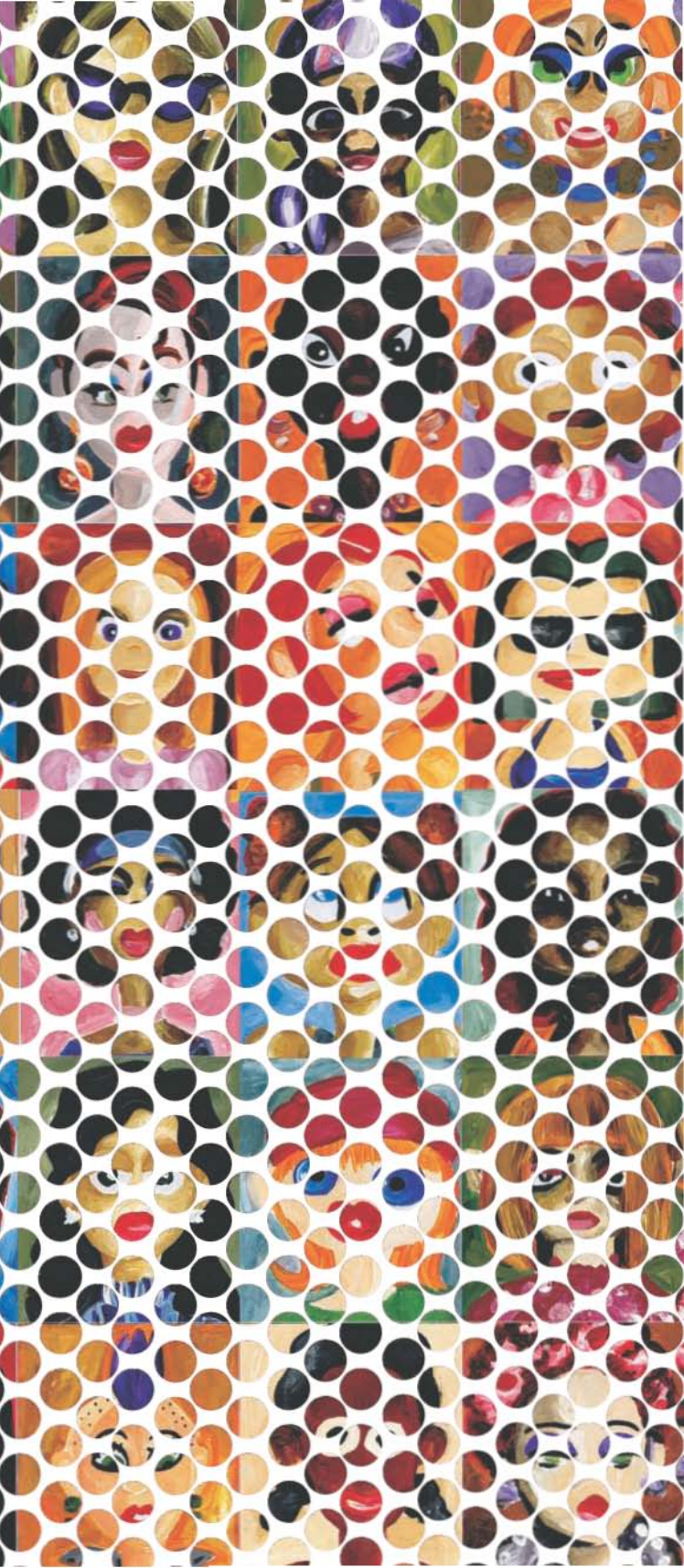
Na medida do possível, as demandas dos pesquisadores foram acatadas. A equipe de pesquisa foi treinada para responder às demandas, esclarecer sobre os objetivos do projeto e, em casos excepcionais, justificar por que os encaminhamentos foram diferentes dos sugeridos pelos pesquisadores;

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

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 pesquisadas, alternativamente, nos currículos da plataforma Lattes;

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 diver-

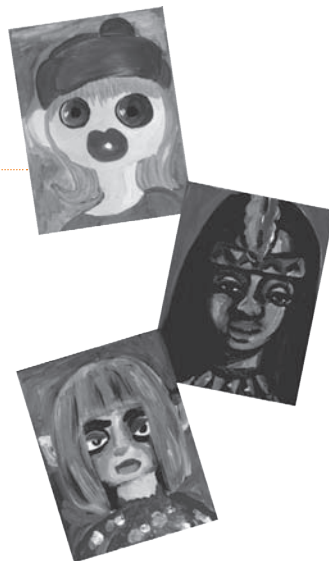
sas bibliotecas espalhadas pelo país. A busca compartilhada e o acesso cooperativo são marcas características das atividades dessas profissionais.





## Referências

---



ADESSE, Leila; 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](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2008.

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.

ALBUQUERQUE, Rivaldo Mendes de et al. Fatores Sócio-Demográficos e de Assistência Médica Associados ao Óbito Materno. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 181-185, 1998.

ALENCAR JÚNIOR, Carlos Augusto et al. Riscos da Utilização Indiscriminada do Misoprostol no Abortamento Legal. *Femina*, [S.l.], v. 20, n. 8, p. 728-730, 1992.

ALMEIDA, Múcio Brandão Vaz de 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*, São Paulo, v. 42, n. 1/2, p. 10-16, jan./fev. 2007.

AMARAL, Eliana 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 et al. Mortalidade Materna: 75 Anos de Observações em uma Maternidade Escola. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 28, n. 7, p. 380-387, 2006.

APPROBATO, Mário Silva et al. O Misoprostol na Gestação. *Femina*, [S.l.], v. 30, n. 5, p. 293-295, 2002.

AQUINO, Estela M. L. et al. Adolescência e Reprodução no Brasil: A Heterogeneidade dos Perfis Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003. Suplemento.

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 et al. Síndrome de Moebius Relacionada ao Uso do Misoprostol (Cytotec) como Abortivo. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 140-144, 2005.

BARROS, Sônia Maria Oliveira de et al. Crescimento e Desenvolvimento de Fetos Humanos Expostos ao Misoprostol e sua Avaliação Perinatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 7-18, 1998.

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. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

BOYACIYAN, Krikor et al. Mortalidade Materna na Cidade de São Paulo de 1993 a 1995. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], 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, 2005. 36 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 4).

BRUNO, Zenilda V. et al. Impacto da Gravidez na Adolescência: Avaliação Um Ano após o Parto ou Aborto. *Revista de Medicina da UFC*, [S.l.], v. 40, n. 1/2, p. 31-40, 2000.

CAMPESATO, Viviane Ribeiro. *Uso de Plantas Medicinais Durante a Gravidez e Risco para Malformações Congênitas*. 2005. 138 f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em

Genética e Biologia Molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CECATTI, José Guilherme et al. Mortalidade Materna em Recife: Causas de Óbitos Maternos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 7-11, 1998.

CHALEM, Elisa et al. Gravidez na Adolescência: Perfil Sócio-Demográfico e Comportamental de uma População da Periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

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.

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

COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro et al. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 24, n. 7, p. 455-462, 2002.

COSTA, Cícero Ferreira Fernandes et al. Abortamento: Epidemiologia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 217-220, 1983.

COSTA, Cícero Ferreira Fernandes et al. Aspectos Epidemiológicos Comparativos entre Abortamento Provocado e Espontâneo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 179-184, 1996.

- COSTA, Cícero Ferreira Fernandes et al. Metodologia e Tratamento do Abortamento Infectado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 17, n. 8, p. 847-850, 1995.
- 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 (Doutorado)—Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, set. 2007.
- FAÚNDES, Aníbal (Ed.). *Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia*. 2. ed. República Dominicana: Flasog, 2007. 105 p. Disponível em: <[http://www.ipas.org.br/arquivos/Manual\\_Misoprostol\\_Portugues.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/Manual_Misoprostol_Portugues.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2007.
- FERREIRA, Rui Gilberto et al. Mortalidade Materna no Estado de Goiás – 1989-1991. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, [S.l.], v. 104, n. 8, p. 291-293, 1994.
- FINGELD, Deborah L. Metasynthesis: The State of the Art — So Far. *Qualitative Health Research*, [S.l.], v. 13, n. 7, p. 893-904, 2003.
- FONSECA, Walter et al. Características Sócio-Demográficas, Reprodutivas e Médicas de Mulheres Admitidas por Aborto em Hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 279-286, abr./jun. 1998.
- FONSECA, Walter et al. Determinantes do Aborto Provocado entre Mulheres Admitidas em Hospitais em Localidade da



Região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 13-18, 1996.

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

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Experiência de Gravidez na Adolescência, Fatores Associados e Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 153-161, 2002.

HARDY, Ellen; ALVES, Graciana. Complicações Pós-Aborto Provocado: Fatores Associados. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], 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. *Dados e Reflexões sobre a Condição de Ilegalidade do Aborto: no âmbito da Saúde e da Justiça*. Rio de Janeiro, 2007. 40 p. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/caderno-Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. 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.

LAURENTI, Ruy et al. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986 – II: Mortes por Causas Maternas. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 468-472, 1990.

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; LEWGOY, Bernardo. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. *Revista de Filosofia Política*, [S.l.], p. 173-195, 1998. (Nova Série 2).

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, 1996. Fascículo de circulação restrita.

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: UFRGS, 1995. 22 p. (Série Trabalhos de Pesquisa, n. 9).

LIMA, Bruno Gil de Carvalho et al. Uso de Contraceptivos e Abortamento entre Adolescentes. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 284-293, 2006.

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

LIMA, Bruno Gil de Carvalho et al. Características de Pacientes Adolescentes de uma Maternidade Pública de Salvador (Bahia), 1996. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.l.], v. 24, n. 1/2, p. 23-31, 2000.

LOPES, Danielle Machado et al. Efeitos de um Programa em Planejamento Familiar na Vida Reprodutiva de Adolescentes Pós-Ocorrência de Abortamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 38-45, 2001.

LÖW, Lilly; HOGA, Luiza Akiko Komura. Anticoncepção e Aborto Provocado na Gravidez Não Planejada. *O Mundo da Saúde*, [S.l.], 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. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.

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 et al. Aborto Induzido em Mulheres de Baixa Renda: Dimensão de um Problema. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 251-266, abr./jun. 1991.

MARTINS-COSTA, Sérgio et al. Causas da Mortalidade Materna no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 19, n. 7, p. 507-512, ago. 1997.

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

MENEZES, Greice Maria de Souza; AQUINO, Estela Maria Motta Lima Leão de. *Mortalidade materna na Bahia*: 1998. Salvador: [s.n], 2001. (Relatório de Pesquisa).

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, Caxambu. *Anais...* Campinas: ABEP, 2006. 10 p. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_252.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2007.

MURTA, Eddie Fernando Candido et al. Abortamento Séptico: Identificação de Fatores de Risco para Complicações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 153-157, 2001.

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*, [S.l.], v. 101, n. 10, p. 443-445, 1991.

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*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 70-76, 2001.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo; MOREIRA FILHO, Djalma de Carvalho. Estimativa de Aborto Induzido: Comparação entre Duas Metodologias. *Revista Panamericana de Salud Publica*, [S.l.], v. 15, n. 5, p. 331-336, 2004.

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

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

OSIS, Maria José D. et al. Dificuldades para Obter Informações da População de Mulheres sobre Aborto Ilegal. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 30, n. 5, p. 444-451, 1996.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al. Uso Indicado e Uso Referido de Medicamentos durante a Gravidez. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 73-82, 2004. Suplemento.

PARAGUASSÚ, Ana Lúcia C. B. et al. Situação Sociodemográfica e de Saúde Reprodutiva Pré e Pós-Gestacional de Adolescentes: Feira De Santana, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 373-380, 2005.

PARPINELLI, Mary Angela et al. Subnotificação da Mortalidade Materna em Campinas: 1992 e 1994. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 27-32, 2000.

PARPINELLI, Mary Angela et al. Mortalidade Materna na Cidade de Campinas, no Período de 1992 a 1994. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 227-232, 1999.

PAZERO, Luiz Carlos et al. Estudo da Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o Ano de 1996. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 20, n. 7, p. 395-403, 1998.

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*, [S.l.], v. 22, n. 7, p. 1411-1420, 2006.

PINTO NETO, Aarão Mendes et al. Algumas Características do Aborto na Adolescência. *Reprodução*, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 201-205, 1991.

RAMOS, José Geraldo Lopes et al. Morte Materna em Hospital Terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: Um Estudo de 20 Anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 431-436, 2003.

RODRIGUES JÚNIOR, Oswaldo Martins; COSTA, Moacir. O Ginecologista Brasileiro e a Sexualidade Humana – III: Atitudes na Prescrição de Contraceptivos; Aborto e Adolescência. *Reprodução*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 24-31, 1990.

SABROZA, Adriane Reis et al. Perfil Sócio-Demográfico e Psicossocial de Puérperas Adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 112-120, 2004. Suplemento.

SANTOS, Luis Carlos et al. Prevalência de Abortamento na Maternidade do Cam/Imip no Período de Agosto/1995 a Agosto/1996. *GO Atual*, [S.l.], 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*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 144-151, 1990.

SCHÜLLER-FACCINI, Lavínia et al. Avaliação de Teratógenos na População Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 65-71, 2002.

SENA, Marília et al. Perfil Sócio-Demográfico e Gestacional de Pacientes com a Seqüência de Möbius. *Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco*, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 1-6, 2003.

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

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

\_\_\_\_\_. O Uso da Técnica de Resposta ao Azar (TRA) na Caracterização do Aborto Ilegal. *Revista Brasileira de Estudos de População*, [S.l.], v. 19, n. 1/2, p. 41-56, 1993.

\_\_\_\_\_. Cegonhas Indesejadas: Aborto Provocado. *Estudos Feministas*, [S.l.], v. 1, p. 123-133, 1993.

- SORRENTINO, Sara Romera; LEBRÃO, Maria Lúcia. Os Abortos no Atendimento Hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 256-267, 1998.
- SOUZA, Ariani Impieri et al. Epidemiologia do Abortamento na Adolescência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.
- SOUZA, Ariani Impieri de et al. Hospitalização por Abortamento no Centro de Atenção à Mulher (Cam) - Imip - Recife. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, [S.l.], v. 106, n. 9, p. 355-361, 1996.
- SOUZA, João Paulo Dias de et al. Revisão Sistemática sobre Morbidade Materna Near Miss. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 255-264, 2006.
- SOUZA, João Paulo Dias de et al. Fatores Associados à Gravidade da Morbidade Materna na Caracterização do Near Miss. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 197-203, 2005.
- SOUZA, Vera Lúcia Costa et al. O Aborto entre Adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.
- SOUZA, Vera Lúcia Costa. Aborto: A Problemática em Feira de Santana, Bahia. *Sitientibus*, [S.l.], v. 1, n. 19, p. 9-25, jul/dez. 1998.
- THORNE, Sally et al. Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative Health Research*, [S.l.], v. 14, n. 10, p. 1342-1365, 2004.



VALONGUEIRO, Sandra Alves. *Mortalidade Materna em Pernambuco: um estudo quantitativo e qualitativo*. 1996. Dissertação (Mestrado)—Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

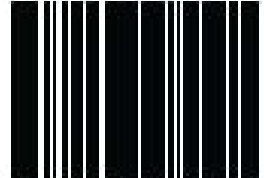
VENTURA, Liana Maria Vieira de Oliveira. *Seqüência de Möbius: Estudo Comparativo das Anomalias e Distúrbios Funcionais em Crianças com ou sem Uso de Misoprostol durante a Gestação*. 2001. 109 f. Tese (Doutorado)—Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VENTURA, Roberta 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*, [S.l.], v. 49, n. 2, p. 101-105, 2004.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. *Panorama da Morbidade e Mortalidade do Aborto no Município de São Paulo*. 1996. 111p. Tese (Livre Docência) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

VIGGIANO, Maurício Guilherme Campos et al. Disponibilidade de Misoprostol e Complicações de Aborto Provocado em Goiânia. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, [S.l.], v. 106, n. 3, p. 55-61, 1996.

ISBN 978-85-334-1559-1



9 788533 415591

Disque Saúde  
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

SUS  Saúde



Ministério  
da Saúde

