

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Leticia Oening Machado

***“Medo de falar, medo de morrer, medo de buscar ajuda”*: o uso do Cytotec
na interrupção da gestação**

Rio de Janeiro

2023

Leticia Oening Machado

***“Medo de falar, medo de morrer, medo de buscar ajuda”*: o uso do Cytotec
na interrupção da gestação**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Stella Regina Taquette

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

O28 Oening, Leticia

Medo de falar, medo de morrer, medo de buscar ajuda: o uso do Cytotec na interrupção da gestação / Leticia Oening Machado – 2023.

123 f.

Orientadora: Prof. Dra. Stella Regina Taquette

Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva)
– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Aborto induzido. 2. Maternidades. 3. Acesso aos serviços de Saúde. 4. Misoprostol. 5. Autocuidado. 6. Dor. 7. Autogestão. 8. Abortivos Não Esteroides. 9 Medo. 10. Rio De Janeiro, RJ. I. Taquette, Stella Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. III. Título

CDU 618.39

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Leticia Oening Machado

***“Medo de falar, medo de morrer, medo de buscar ajuda”*: o uso do Cytotec
na interrupção da gestação**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 10 de novembro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Stella Regina Taquete (Orientadora)

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Arnaldo Cezar Nogueira

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dra. Denise Leite Maia Monteiro

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dra. Miriam Ventura da Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que passaram por uma interrupção da gravidez.

e

Aos familiares das mulheres que perderam a vida por conta de uma necessidade de saúde não
atendida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram para a feitura desse trabalho de pesquisa. Minha jornada acadêmica e a conclusão desta tese não teriam sido possíveis sem o apoio e a contribuição de várias pessoas e instituições.

À minha mãe, Dilma Oening, e irmã, Patricia Oening Machado, pela inspiração diária, por todo amor e carinho, além das inúmeras conversas sobre essa tese.

Ao meu pai, Dagoberto Machado, por me aconselhar em momentos difíceis, pelo incentivo e por sempre ter acreditado em mim.

Ao meu companheiro, Heráclio Duarte Tavares, pelas inúmeras noites de conversa sobre esta tese, por ter me incentivado incansavelmente e por todo amor e sorrisos ao longo desses anos.

A minha sogra, Jecimar Duarte Tavares, por ter me acolhido em um momento difícil e pelo carinho comigo e com Tereza.

Agradeço à minha amiga, Andressa Ocker, pela ajuda em toda a fase de divulgação da pesquisa nas redes sociais, pensando em quais caminhos poderíamos seguir.

À minha amiga Andreza Santos, pela troca sobre o material de pesquisa e contribuições.

À minha orientadora, Stella Taquette, pelas trocas, ensinamentos e coragem em acolher um tema delicado.

Aos Professores Fermin Roland Schramm, por me aproximar da filosofia e da Ética; Sônia Beatriz dos Santos, pelos ensinamentos sobre racismo que me acompanharão em todos os âmbitos da vida; Luciana Maria Borges da Matta Souza, pelas reflexões e considerações sobre meu trabalho.

À banca de qualificação pelas importantes reflexões sobre os caminhos que minha pesquisa podia seguir.

À Professora Simoni Furtado da Costa, por toda ajuda e oferta de direcionamento em um momento difícil da pesquisa, colocando-me em contato com as primeiras participantes da investigação.

A Romulo Carvalho, por compreender e apoiar minha decisão em cursar o doutorado. Sem esse apoio, o caminho trilhado teria sido bem diferente.

Meu agradecimento especial à artista Aleta Valente, pela inspiração estética e outras coisas que não posso falar. Seu apoio foi fundamental para a existência desta tese.

Agradeço à Maria Antônia, à Milhas pela Vida das Mulheres e à Rede Nacional Feminista de Saúde, que divulgaram a pesquisa em suas redes sociais.

Às minhas amigas Cella, Renata, Liz, Vanessa, Gabi e Nina por sempre me apoiarem nas minhas escolhas e estarem ao meu lado nos percursos.

À equipe da Maternidade Jandira Magdalena, por ter aberto não só as portas de sua instituição, mas, também, seus braços para me receber de forma tão calorosa. Foi muito bom estar com vocês.

Por fim, obrigada a todas as mulheres que confiaram na pesquisa e aceitaram compartilhar suas experiências vividas.

RESUMO

OENING, Leticia Machado. “*Medo de falar, medo de morrer, medo de buscar ajuda*”: o uso do Cytotec na interrupção da gestação. 2023. 123 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2023.

O misoprostol é utilizado no Brasil para a interrupção voluntária da gravidez desde o fim da década de 1980, porém passou a integrar a lista de medicamentos controlados pela ANVISA em 1986, o que dificultou seu acesso pelas mulheres. Desde então, o medicamento circula de forma ilegal em farmácias, comércios populares e também em coletivos feministas que disponibilizam medicamentos para auxiliar as mulheres no processo de autoatenção da interrupção da gestação. Esta tese teve como objetivo compreender o processo de interrupção da gestação voluntária com o uso do misoprostol a partir da percepção das mulheres e dos profissionais de saúde que prestam atendimento a esses casos. A pesquisa foi realizada por meio de revisão da literatura, observação participante em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro e entrevistas semiestruturadas com mulheres que usaram o misoprostol e com profissionais que prestam atendimento a elas. Os resultados evidenciaram que o processo de interrupção da gestação com o medicamento é solitário e de grande sofrimento, com muita dor e acompanhado por medo de morrer e de procurar assistência em serviços públicos de saúde. As mulheres tendem a procurar assistência somente em casos de complicações agudas. Essa conduta decorre da criminalização desta prática e dos possíveis maus tratos ao procurarem os serviços de saúde. Os profissionais de saúde manifestaram preocupação quanto ao estado de saúde das mulheres que chegam aos serviços. Destacam que a criminalização afasta as mulheres e causa mortes evitáveis e reforçam a necessidade de cuidado, mesmo aqueles que condenam a prática. Concluímos que diante da negação desses direitos e de todas as barreiras impostas pela criminalização, as mulheres não encontram outra saída a não ser praticando a autogestão da interrupção da gestação, por vezes apoiada pelos coletivos feministas e, de forma geral, acolhidas pelos profissionais de saúde que as atendem.

Palavras-chave: Interrupção da gestação. Misoprostol. Autoatenção em saúde

ABSTRACT

OENING, Leticia Machado. "*Fear of speaking, fear of dying, fear of seeking help*": the use of Cytotec in pregnancy termination. 2023. 123 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2023.

Misoprostol has been used in Brazil for voluntary pregnancy termination since the late 1980s. However, it was included in the list of controlled medications by ANVISA (Brazil's health regulatory agency) in 1986, which made it more difficult for women to access. Since then, the medication has circulated illegally in pharmacies, popular stores, and also through feminist collectives that provide medication to assist women in self-managing pregnancy termination. The objective of this thesis was to understand the process of voluntary pregnancy termination using misoprostol from the perspective of women and healthcare professionals who provide care in such cases. The research was conducted through a literature review, participant observation at a public maternity hospital in Rio de Janeiro, and semi-structured interviews with women who used misoprostol and with the professionals who provided care to them. The results revealed that the process of pregnancy termination with the medication is solitary and involves significant suffering, with intense pain and fear of death, as well as fear of seeking assistance in public healthcare services. Women tend to seek assistance only in cases of acute complications. This behavior stems from the criminalization of this practice and the potential mistreatment they may face when seeking healthcare services. Healthcare professionals expressed concern about the health status of women who come to the services. They emphasized that criminalization pushes women away and leads to preventable deaths, underscoring the need for care, even among those who condemn the practice. In conclusion, given the denial of these rights and all the barriers imposed by criminalization, women often have no choice but to self-manage pregnancy termination, sometimes with support from feminist collectives, and are generally welcomed by healthcare professionals who attend to them.

Keywords: Pregnancy termination, misoprostol, self-managed healthcare

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 –	Dados sociodemográficos e reprodutivos das entrevistadas.....	74
Figura 1 –	Fluxograma das entrevistadas segundo o desfecho da interrupção.....	74
Tabela 2 –	Doses e via de administração do misoprostol.....	79
Gráfico 1 –	Procedimentos hospitalares no SUS – 0411020013 Curetagem pós-abortamento/ puerperal e 0409060070 esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intra-uterina entre 2012 e 2022.....	91
Quadro 1 –	Profissionais participantes do estudo	97
Figura 2 –	Fluxograma Abortamento SMS Rio de Janeiro, 2018.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AMIU – Aspiração Manual Intrauterina

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres

DIU – Dispositivo Intrauterino

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HC – *Habeas corpus*

MS – Ministério da Saúde

MPF – Ministério Público Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

STF – Supremo Tribunal Federal

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

OP – Observação participante

RMM – Razão de mortalidade materna

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUG – Sugestão Legislativa

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

WHO – World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

μg – microgramas

g – gramas

m^2 – metros cuadrados

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
	INTRODUÇÃO	15
1	CONTROLE DOS CORPOS, TEORIA E PODER	21
1.1	Corpos, gênero e poder	21
1.2	Estado, saber médico e saúde reprodutiva	25
1.2.1	<u>Tradados, Leis Penais e Despenalização</u>	26
1.2.2	<u>Terminologia e casos recentes no Legislativo e Judiciário</u>	29
1.3	A inviolabilidade da vida	34
2	AUTOATENÇÃO À SAÚDE E O USO DO MISOPROSTOL	36
2.1	Biomedicina a autoatenção à saúde	36
2.2	Aspectos farmacológicos do misoprostol	39
2.2.1	<u>Indicações do misoprostol: indução do trabalho de parto</u>	40
2.2.2	<u>Hemorragia pós-parto</u>	40
2.2.3	<u>Interrupção da gravidez</u>	42
2.3	Efeitos Adversos e contraindicações	42
2.4	O que diz a Norma técnica da OMS sobre a interrupção segura da gestação	42
3	OBJETIVOS	46
3.1	Geral	46
3.2	Específicos	46
4	PERCURSO METODOLÓGICO	47
4.1	Instrumentos de pesquisa, critérios de inclusão, critério amostrar e registro dos dados	48

4.2	Análise dos dados.....	49
4.3	Aspectos éticos.....	50
5	O USO DO MISOPROSTOL NA INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO: revisão de estudos realizados no Brasil (<i>Artigo científico</i>)	52
6	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NA MATERNIDADE JANDIRA MAGDALENA.....	64
6.1	Aproximação do campo.....	64
6.2	Por dentro de uma Emergência Obstétrica	65
6.3	Internação decorrente do uso do misoprostol	69
6.4	Indo pra casa.....	70
7	EXPERÊNCIAS DAS MULHERES COM A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO.....	73
7.1	Eu nunca falei sobre isso com ninguém.....	75
7.2	Administração do misoprostol e sintomas.....	76
7.3	Medo de morrer <i>versus</i> medo de procurar assistência.....	81
7.4	Solidão.....	85
7.5	Esse filho teria pai?.....	86
7.6	Desigualdade de gênero.....	88
7.7	Curetagem após o uso do misoprostol.....	89
7.8	Falha na tentativa de interrupção após o uso do misoprostol	91
7.9	Interrompi a gestação na Argentina.....	94
8	A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	97
8.1	Complicações e conduta clínica diante da autointerrupção da gestação com misoprostol.....	100

8.2	Percepções dos profissionais sobre o atendimento nos serviços de saúde.....	100
8.3	Criminalização da interrupção: qual sua opinião?.....	103
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para mulheres que autoinduziram a interrupção da gestação.....	119
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para profissionais de saúde	120
	APÊNDICE C - Roteiro para convite de participação na pesquisa e obtenção do consentimento – mulheres que induziram a interrupção	121
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais – técnica bola de neve	123
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais - Maternidade pública	124

APRESENTAÇÃO

Desde a minha formação em farmácia, em 2009, em que me aproximei dos temas relacionados aos medicamentos, tem sido comum familiares, amigos e outras pessoas leigas buscarem minha ajuda e orientação sobre determinados fármacos que utilizam ou querem fazer uso para alguma condição de saúde.

Chamou-me a atenção, entretanto, a procura pela ajuda sobre como usar o medicamento misoprostol para interromper uma gestação. Durante minha graduação, em nenhuma das disciplinas houve a apresentação de dados específicos com relação ao uso deste fármaco. Com o objetivo de conhecer melhor as características deste medicamento, realizei uma busca bibliográfica de estudo na base de dados *Pubmed*. A partir das informações encontradas nestes estudos pude oferecer orientações mais balizadas às pessoas que me procuravam. Porém, sempre deixando claros os aspectos legais envolvidos no uso de tal substância, a necessidade de acompanhamento médico e as informações sobre seus efeitos farmacológicos.

Tive conhecimento posterior que algumas dessas pessoas levaram a cabo a intenção de uso do misoprostol, apresentaram sangramentos e, após isso, procuraram atendimento em estabelecimento hospitalar, onde acabaram ficando internadas devido à necessidade de se submeter a uma curetagem uterina. Entretanto, essas mulheres ao serem internadas não revelaram às equipes de saúde sobre o uso do misoprostol.

Em círculos de pessoas do meu convívio social, diversas vezes tive notícias de várias mulheres que interromperam uma gravidez com o uso do misoprostol. Algumas com consequências bastante negativas para a saúde mental.

Em 2011, durante o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital das Clínicas da UFPE o qual participei por dois anos, tive grande contato com a área de saúde da mulher onde surgiu a oportunidade de discutir sobre o tema do uso do misoprostol, pois eu continuava sendo procurada por gestantes e/ou seus companheiros, para obtenção de informações sobre seu uso.

Pude observar ao longo do tempo que as gestantes que fizeram uso do misoprostol para a interrupção da gravidez apresentavam sentimentos contraditórios, por vezes alívio, outras ocasiões tristeza ou culpa. Passei a me questionar sobre as motivações e consequências do uso do

misoprostol pelas gestantes, como elas têm acesso ao medicamento e os sentimentos envolvidos em todo esse processo.

A partir de 2014, quando apresentei um trabalho em um congresso de farmácia sobre a minha pesquisa de mestrado, obtive conhecimento e me aproximei de estudos qualitativos e vislumbrei a possibilidade de desenvolver uma pesquisa desta natureza em busca de respostas às minhas inquietações suscitadas pelas experiências anteriores de ser procurada por mulheres que desejavam interromper a gravidez.

Fui incentivada por meu companheiro que é doutor em História a levar adiante a ideia e desenvolver um projeto de pesquisa sobre o tema para ingresso no doutorado. Em 2017, obtive ciência sobre o Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), que veio ao encontro de meus questionamentos sobre o uso de misoprostol para a interrupção da gravidez do ponto de vista ético e dos direitos humanos fundamentais, assim como a sua importância para a saúde pública brasileira.

Particpei da seleção do doutorado, sendo bem-sucedida. Fui aceita pela Professora Stella Taquette para a orientação, conforme minha sugestão no momento da inscrição, por ser uma das professoras com experiência substantiva na condução de estudos com método qualitativo.

Entre 2018 e 2020, por meio de estudo bibliográfico e discussões sobre o tema, aperfeiçoamos o projeto. A ideia inicial era realizar a pesquisa de campo em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro que contasse com o serviço de emergência obstétrica. Partíamos do pensamento de que as mulheres induzem a interrupção da gestação com o medicamento em casa e procuram o serviço de saúde quando apresentam sangramento e para se certificar a completude da interrupção. Portanto, nestes hospitais teríamos possibilidade de encontrá-las e convidá-las a participar do estudo. Nestes estabelecimentos também teríamos oportunidade de entrevistar enfermeiros e médicos envolvidos no atendimento dos casos, assim como a possibilidade de mapear os fluxos de atendimento das mulheres.

A pandemia de COVID no ano de 2020 provocou grande atraso no estudo e somente em 2021 foi possível iniciar os contatos com a maternidade em busca de aprovação de realização da pesquisa de campo. Infelizmente não foi uma tarefa fácil. Não houve interesse por parte de algumas Instituições e a imposição de barreiras em outras. Somente em 2022 obtivemos a carta de anuência de uma maternidade para a realização da pesquisa após a aprovação no comitê de ética, o que só ocorreu em 2023.

Devido a estas dificuldades, durante o processo de procura de maternidades que aceitassem a realização do estudo em suas dependências, incluímos na pesquisa outras estratégias de busca de participantes: redes sociais e a técnica bola de neve. Essa acabou sendo a primeira fase da pesquisa aprovada pelo CEP.

Para conseguir realizar a pesquisa na maternidade pública que nos acolheu, o projeto foi submetido ao CEP da SMS em 08/03/23 e após duas mudanças de relatoria e atendimento de pendências, o projeto foi aprovado em 05/07/23. A pesquisa de campo na maternidade foi realizada entre 19/7/23 a 14/8/23, sendo esta considerada a segunda etapa do método.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2016), entre 2010 e 2014 foram realizados 56 milhões de interrupções da gestação¹ por ano no mundo. Estima-se que 38,6% destes sejam inseguros² e correspondam a 13% dos óbitos maternos (Coast *et al*, 2018). Dados publicados recentemente demonstram que uma em cada sete mulheres interromperam gestações durante sua vida reprodutiva no Brasil (Diniz *et al*, 2023). Esta mesma pesquisa evidencia que 39% do total de interrupções foram realizadas com o uso de medicamentos. Portanto, a interrupção insegura é um problema de saúde pública, especialmente em países onde a interrupção legal é extremamente restrita, como no caso brasileiro. A chance de uma mulher morrer ou ter alguma incapacidade durante uma interrupção está conectada com sua condição social e econômica, as normas e valores da cultura onde ela está inserida e a região onde ela reside (United Nations Population Fund, 2012).

De uma forma geral, quanto mais pobre e mais marginalizada a mulher está, maior seu risco de morrer (United Nations Population Fund, 2012; Zordo, 2016; Lowy e Dias, 2020). A maioria das interrupções inseguras é realizada em países em desenvolvimento, e regionalmente a América Latina e o Caribe são regiões com vulnerabilidade elevada (WHO, 2012). Cecatti *et al.* (2010) argumenta que a insegurança do processo de interrupção da gestação contribui para a morbidade materna. Nesse mesmo estudo, foram considerados fatores de risco para a interrupção induzida: ser residente no Rio de Janeiro, não ser de cor branca e não ter escolaridade.

Um dos indicadores que reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher é a razão de mortalidade materna (RMM)³. Atualmente noventa e nove por cento de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. A mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres. Conforme destacado por João Paulo Souza (2015), as altas taxas de mortalidade materna a nível global foram percebidas três décadas atrás.

¹ Nessa tese usaremos o termo interrupção da gestação em vez de aborto provocado por entendermos que o termo aborto carrega estigma e preconceito. Essa terminologia foi utilizada na ADPF 54/2012.

² O aborto inseguro é definido como um procedimento para encerrar uma gravidez realizado por pessoas que não possuem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não atenda os mínimos padrões assistenciais, ou ambas as situações (WHO, 2012).

³ Razão de mortalidade materna é conceituada pelo número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Ministério da Saúde, 2012).

Desde então, desenvolveram-se estratégias para redução dessa taxa, pautadas na compreensão da dimensão social desse problema de saúde.

Nessa perspectiva, a redução da razão de mortalidade materna passa a ser priorizada e incluída como meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), uma iniciativa global das Nações Unidas. A partir de 2016, os ODM são substituídos pelos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que visam à eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Para que esse objetivo seja atingido, a razão de mortalidade materna precisa diminuir em setenta por cento (de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos para 70 mortes por 100 mil nascidos vivos). No caso brasileiro, a meta é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, o que significa um grande desafio, visto que os dados de 2011 demonstram 64,8 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nesse contexto, pensar sobre a mulher em processo de interrupção da gestação tem notória importância, pois é, mundialmente, a quinta causa de mortalidade materna, correspondendo a 7,9% dos casos, atrás de causas indiretas, hemorragia, sepse e outras causas. Entretanto, a mortalidade materna devido à interrupção da gestação encontrada pode estar subestimada se comparada a estudos anteriores, que encontraram 13% (Say *et al*, 2014). No Brasil, dados de 2010 demonstram que a interrupção da gestação causou 8,4% das mortes maternas, correspondendo à quarta causa de morte. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Entre 1996 e 2008 ocorreram 1.896 óbitos por interrupção da gravidez em todo território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Entre 2008 e 2018, ocorreram 797 óbitos pela mesma causa no Brasil. Dentre as categorias do CID-10, as mortes por aborto espontâneo corresponderam a 18,1%, o aborto por razões médicas e legais a 1,4%, outros tipos de aborto a 14,3%, aborto não especificado por 53,5% e falha na tentativa de aborto a 12,8% dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A venda do misoprostol no Brasil começou em 1986, para o tratamento de úlcera péptica. Como o fármaco é uma prostaglandina, é contraindicado para gestantes, pois induz contrações uterinas devido a sua ação uterotônica. O conhecimento desse efeito colateral rapidamente se espalhou e o medicamento passou a ser vendido para mulheres que desejavam interromper a gravidez (Faúndes *et al*, 1996). Contudo, em 1998, o medicamento foi incluído na lista da Portaria nº 344 do Ministério da Saúde, e seu consumo ficou restrito aos estabelecimentos

hospitalares credenciados pela autoridade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O número de mulheres tratadas em hospitais públicos por complicações após a interrupção da gestação diminuiu 28% em 13 anos, de 345.000 em 1992 para 250.000 em 2005 (Grimes *et al*, 2006). Essa diminuição significativa pode ser explicada pelo uso do misoprostol. Mesmo que o uso deste medicamento para autoindução da interrupção da gestação tenha diminuído a morbidade e a mortalidade materna por essa causa, é importante destacar que somente 43% das mulheres que realizam a interrupção são internadas (Diniz *et al*, 2023). Devido ao contexto da criminalização, as mulheres que interrompem a gravidez e não são hospitalizadas para o tratamento de alguma condição aguda associada ao processo são invisíveis para o sistema de saúde.

As mulheres utilizam o misoprostol para interrupção da gestação como uma das opções para concretizar suas decisões sobre a vida reprodutiva (ARILHA, 2012). Entretanto, a partir de 1998, a compra do misoprostol foi dificultada para mulheres que desejavam interromper a gestação com o uso do mesmo. Lowy e Dias (2020) destacam que, apesar de ser utilizado há pelo menos três décadas no Brasil para a interrupção voluntária da gestação de forma autoinduzida, o misoprostol é associado à culpa, sofrimento e potenciais prejuízos ao futuro filho em caso de falha.

Há outro ponto central na realização da interrupção e a procura por assistência para o tratamento de condições agudas, como por exemplo, febre, sangramento excessivo, secreção com odor fétido e dor intensa, que envolve o medo de sofrer maus tratos e/ou ser denunciada criminalmente. Apesar do sigilo obrigatório preconizado pelos Códigos de Ética das profissões da área da saúde, denúncias continuam sendo feitas pelos profissionais. Dados do relatório da Universidade de São Paulo (USP) (2022) demonstram que são registrados, em média, 400 processos por ano pelo crime de aborto.

Além do medo de ser denunciada, há ainda a situação discriminatória a que são submetidas ao procurarem assistência. “A enfermeira me fez olhar para o feto”, lembrou em entrevista a pesquisadores, uma adolescente que fez uso do misoprostol, continuando, “ela insistiu que eu [o] visse. Isso eu achei péssimo” (Nunes *et al*, 2013). Estas autoras ainda indicam que nos casos em que os profissionais de saúde percebem a indução da interrupção pode ocorrer violência institucional como relatado no episódio abaixo de uma adolescente:

[...] foi submetida a três curetagens uterinas sem anestesia, tendo ficado internada por quinze dias. Ao questionar sobre o porquê de não ser anestesiada foi informada de que seu caso **não merecia tal procedimento**. Em estado grave, foi encaminhada para Teresina, onde foi diagnosticada com perfuração uterina e infecção. [Grifos nossos] (NUNES, MADEIRO, DINIZ 2013, p. 2316).

Os profissionais de saúde relatam que a indução da interrupção da gestação com misoprostol é uma forma das mulheres interromperem a gravidez e de acessarem o sistema de saúde para a realização da curetagem (Barbosa e Arilha, 1993). Uma investigação por meio de entrevistas com médicos a respeito da interrupção autoinduzida com misoprostol revelou que há a percepção da utilização do método como contraceptivo (Zordo, 2016). Há ainda a condenação da prática pelos profissionais de saúde, que em determinadas situações agem como agentes da lei, levando as mulheres a ocultarem deles próprios a prática (Szwarc e Vázquez, 2018).

Apesar do cenário da criminalização da interrupção da gestação, as leis altamente restritivas não estão associadas com taxas de interrupção mais baixas, pelo contrário, locais onde a prática é proibida e, portanto, não oferecem serviços de saúde legais e de qualidade para esse fim, levam as mulheres a procurarem assistência ou orientação não qualificada, arriscando ter sérias consequências para sua saúde e bem-estar. Os vendedores do misoprostol assumem o papel de orientadores de seu uso. Em um relato de uma adolescente que recorreu a um comerciante do medicamento para a realização da interrupção, temos a seguinte orientação de uso: “Você coloca quatro na vagina e toma dois e espera sangrar, mais ou menos umas três, quatro horas.” (Diniz *et al*, 2013). Diante da ilegalidade, resta às mulheres a opção de serem aconselhadas pelos intermediários sobre o uso do medicamento. Para elas, não há nenhuma garantia sobre o procedimento e a qualidade do medicamento, desconhecendo a sua procedência, a dose e a presença do princípio ativo (Diniz *et al*, 2016).

Marge Berer (2020) ressalta que em países onde a legislação é mais restritiva, mesmo que o misoprostol tenha diminuído as complicações das interrupções induzidas, alguns problemas persistem, pois a informação sobre o uso dos medicamentos para indução da interrupção não está disponível e acessível para garantir a efetividade do método. Pouco se sabe, por exemplo, quantos comprimidos utilizar, qual o intervalo e forma de uso.

Além de se tratar de uma questão de saúde pública, a defesa da despenalização da interrupção da gestação no país pode ser defendida, na perspectiva do direito, através do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, visto que, a ilegalidade ocasiona circunstâncias nas quais esse princípio não é respeitado. Temos também o art. 6º da Constituição (1988), que garante o direito à saúde. A Assembleia Geral da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) adotou, em 2000, a resolução sobre os direitos das mulheres relativos à saúde reprodutiva e sexual, onde afirma que as melhorias na saúde reprodutiva e sexual das mulheres dependem, além da ciência e dos serviços de saúde, de ações dos Estados para corrigir injustiças cometidas contra as mulheres (Cook *et al*, 2004). Nesse sentido, a interrupção da gestação é um procedimento médico que responde a uma necessidade de saúde específica das mulheres, o que deveria ser garantido conforme o princípio constitucional.

Marilena Chauí (1984) destaca que a interrupção da gestação, na maioria das vezes, é uma necessidade e, raramente pode ser vista como uma liberdade. Para meninas e adolescentes, a situação carrega significados sociais, como por exemplo, o “mau-exemplo” por ter engravidado tão cedo, a falta de condições financeiras e emocionais para arcar com as necessidades de um filho (a), as dificuldades de relacionamento com os pais ao se depararem com a filha grávida. A depender da situação econômica e social, as meninas, adolescentes e mulheres que interrompem a gravidez têm desfechos diferentes, porém, na maioria das vezes, há um peso moral e social que são carregados pelo fato de terem interrompido a gestação em algum momento da vida reprodutiva.

Como podemos perceber, a literatura científica indica aspectos que estão diretamente relacionados à punição social e a culpabilização das mulheres que utilizam o recurso farmacológico para interrupção da gestação (Zordo, 2016; Diniz *et al*, 2016; Szwarc e Vázquez, 2018). Foucault (1966) discute as formas de poder que os governos exercem sobre os indivíduos através da disciplina e da biopolítica. A primeira toma o corpo como máquina, focando no seu adestramento e no crescimento de sua utilidade, a segunda envolve os processos biológicos e intervenções reguladoras. Através do biopoder, os sujeitos se adequariam aos interesses do sistema de produção. As normas e o sistema jurídico exercem funções reguladoras, incluindo os processos biológicos. Nesse sentido, a penalização da interrupção da gestação enfatiza o entendimento das mulheres enquanto seres biológicos, sem abarcar as questões morais, sociais,

culturais e, principalmente, sujeitas autônomas que podem tomar suas próprias decisões sobre a vida reprodutiva.

Sob a luz da ética, é importante salientar a gestante enquanto indivíduo que usufrui de liberdade e dignidade. A decisão individual sobre recorrer ou não a uma interrupção da gestação pode ser definida como uma decisão de caráter moral (Birolli, Miguel, 2016). Ronald Dworkin (2009) defende que fica a cargo da mulher decidir sobre seus próprios interesses, não cabendo ao Estado intervir, nem mesmo para impedir interrupções não permissíveis moralmente, visto que a decisão sobre realizar ou não uma interrupção deve ser da mulher que carrega consigo o feto. Em vista disso, esta atitude de manter ou não uma gravidez diz respeito ao direito de decidir sobre o próprio corpo e sobre a vida reprodutiva, que caracterizam direitos básicos (Birolli, Miguel, 2016). Nesse sentido, as escolhas relativas à vida reprodutiva são questões de ética privada, fundamentadas na noção de indivíduo como agente moral autônomo. A liberdade de escolha deve ser apoiada pelo Estado, através de políticas públicas. As políticas e ações devem proporcionar os recursos para que cada indivíduo decida sobre o planejamento da sua vida reprodutiva, assim como tenha a garantia do atendimento as suas necessidades de saúde.

Gostaríamos de destacar que a autonomia das mulheres não se restringe a decisão sobre realizar ou não uma interrupção da gestação. Tal contexto denota a necessidade de discutirmos a laicidade do Estado, a garantia de direitos constitucionais e as relações desiguais de gênero presentes na sociedade que, ainda hoje, aceita que uma mulher seja denunciada à polícia ou que não receba atendimento em saúde devido a uma gestação interrompida de forma voluntária.

Em síntese, interromper ou não uma gestação é um direito humano básico da pessoa sobre o seu próprio corpo e seu planejamento de vida. Se esse direito fosse garantido, a morbimortalidade das mulheres que recorrem a essa prática seria muito reduzida. Sendo a interrupção da gestação no Brasil uma prática criminalizada na maioria das situações e na ausência de políticas públicas para o acolhimento das mulheres que desejam interromper a gravidez, nos perguntamos como se dá esse processo e suas consequências para aquelas que apesar desses fatores levam a cabo o seu desejo de interromper a gestação com o uso do misoprostol. A proposta dessa tese é preencher essa lacuna sobre conhecimento. Com isso, esperamos contribuir com o conhecimento acerca do tema.

1 CONTROLE DOS CORPOS, TEORIA E PODER

1.1 Corpos, gênero e poder

Segundo Rita Segatto (2014), desde as guerras tribais até as guerras convencionais, que ocorreram até a primeira metade do século XX, o corpo da mulher foi violado e inserido nos territórios conquistados com o uso da força. Mesmo com a constituição dos Estados modernos e a formulação de leis e políticas públicas, as mulheres continuam vulneráveis à violência não importa em que local essa civilização se encontrasse. Apesar da discussão sobre os direitos humanos a partir de 1948 e a condenação aos atentados contra a dignidade humana, as violações de direitos e o tratamento humilhante e degradante, as mulheres permanecem sendo atravessadas pela violência e negação de direitos.

A discussão sobre a atuação da mulher na esfera pública alcançou notoriedade na segunda metade do século XX. O debate sobre o papel da mulher na sociedade brasileira foi organizado pelo movimento feminista, e ganhou força com a restauração dos regimes democráticos na América Latina, a partir da década de 1970. Os movimentos sociais tiveram, então, papel fundamental no processo de redemocratização, apresentando novas questões para a agenda pública. Nesse cenário, o movimento feminista consegue pautar a discussão sobre seus direitos reprodutivos e questões sobre desigualdade de gênero (Pitanguy, 1999).

Heleieth Saffiotti (1995) destaca que a ótica dos homens e das mulheres é distinta em nossa sociedade devido às diferenças de construção de identidades de gênero masculino e feminino. Nesse sentido, há perspectivas ligadas aos gêneros que precisam ser aqui delimitadas. Valeria Ribeiro Corossacz (p.46, 2009), por exemplo, argumenta que “as categorias sexuais não são construídas com base nas diferenças biológicas, mas estas últimas assumem significado, pois indicam grupos constituídos com base em relações de apropriação [...]”. Neste sentido, Lucila Scavone (2004) concorda com Saffiotti (1995) sobre o aspecto relacional do gênero, que situa um indivíduo em relação a outro, determinando a qual grupos eles pertencem. Cada um desses grupos possuem valores sociais, cujo sistema de reconhecimento é dado a partir de longos processos históricos pelos quais passamos. De acordo com Scavone (p.20, 2004), “[...] gênero é

um aparelho semiótico, quer dizer, um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio, status na hierarquia social) aos indivíduos no interior da sociedade”.

Foucault (1966) ressalta que o poder de gerir a vida dos indivíduos se dá através da disciplina (no século XVII) e da biopolítica (no século XVIII). O poder que disciplina o corpo como máquina é focado no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na expropriação de suas forças, no crescimento de sua utilidade, tornando-o dócil, na sua integração com sistemas de controle eficazes e econômicos. Já a biopolítica toma o corpo como corpo–espécie, entende-o pelos fluxos biológicos da vida como, por exemplo, os nascimentos e a mortalidade, seu nível de saúde, a duração de sua existência e todas as condições que podem fazê-la variar. Tais processos são executados através de intervenções e controles reguladores, o que Foucault chama de uma biopolítica da população.

Os dois polos – as disciplinas do corpo e a biopolítica – constituem os eixos em torno dos quais se desenvolveu o poder sobre a vida. Como consequência, instala-se a era do *biopoder*, elemento essencial para o desenvolvimento do capitalismo, controlando corpos nos aparelhos de produção e aos processos econômicos. O *biopoder* enaltece a importância da norma, mediante o sistema jurídico. Para Foucault, a Lei funciona cada vez mais como norma e o sistema judiciário se integra aos aparelhos médicos, administrativos, entre outros, a fim de exercer funções reguladoras. O direito exerce o poder com o jogo entre o lícito e o ilícito, a transgressão e o castigo. Em face de um poder, que é a Lei, o sujeito - que é sujeitado - é aquele que obedece. O poder coage o cidadão ao Estado. Poder legislador, de um lado, e sujeito obediente do outro (Foucault, 1977. p. 82). O *biopoder* se expressa também na preocupação biopolítica dos governos com a saúde pública. José Roque Junges (p.164, 2018) pondera que “a governança biopolítica molda a sociedade através de intervenções tecnológicas que, por um lado, pretende dar mais qualidade e aperfeiçoar a vida humana e, por outro transformar a existência dos seres vivos a serviço dos interesses humanos”. Há uma expansão dos interesses das instituições que detêm o controle social, antes focadas nos territórios, passam a se preocupar com a vida.

A vida humana enquanto objeto do *biopoder* é particularmente vista como vida biológica, deixando de abordar as questões socioculturais, subjetivas e morais. Giorgio Agamben (2017) define a vida biológica como “vida nua”. Entretanto, uma vida que pode ser separada de sua forma é uma vida que está em questão o seu próprio viver, seu modo de viver. Cada um dos modos, dos atos e dos processos do viver nunca são simplesmente fatos, mas sempre e,

sobretudo, são possibilidades de vida (p. 231). A forma do viver humano nunca é prescrita por uma vocação biológica específica nem é marcada por qualquer necessidade, mas, sim, por mais costumeira, repetida e obrigatória que seja, conserva sempre o caráter de uma possibilidade real, pondo em jogo o próprio viver (Agamben, 2017, p. 234).

Esse ponto é central na discussão sobre a criminalização da interrupção da gestação, pois as sociedades e os governos sabem da frequência deste evento na vida das mulheres, mas não as reconhecem como sujeitas autônomas com capacidade de autodeterminação. Se o olhar sobre a interrupção da gestação fosse ampliado para a “vida ativa”, que Agamben define como vida moral e política, as questões sociais, econômicas, de respeito à maternidade, de preocupação quanto a uma rede de cuidados para seus filhos seriam consideradas e não apenas a questão biológica sobre o embrião ser ou não uma vida. Flávia Birolli (p.138, 2018) argumenta que “violências e constrangimentos se organizam segundo convergências de gênero, classe e raça. Não é apenas a ação discriminatória, mas também a inação do Estado que dá livre curso às formas múltiplas de violência estrutural”. De fato, o gênero, a classe social e a raça condicionam a percepção do mundo dos indivíduos. Disso derivará a atuação do sujeito no mundo e sua maneira específica de compreendê-lo. Logo, socialmente construído, o gênero corporifica a sexualidade, que é exercida como uma forma de poder (Saffiotti, 1995). Portanto, a interrupção da gestação e a sexualidade são alvos de controle uma vez que há a intervenção, regulação e a valorização diferenciada dos sujeitos sexuais ao longo do tempo (Birolli, 2018).

São múltiplas as reações atravessadas pelo poder. Dentre elas, podemos citar as relações entre um homem e uma mulher, entre pais e filhos, entre profissionais de saúde e pacientes, entre professores e alunos. Ou seja, na sociedade há diferentes tipos de relação de forças que são, em sua maioria, manifestadas em microlutas, não extintas com o processo de democratização das nações. Scavone (p. 16, 2004) destaca que “(...) a instalação do Estado democrático continuou excluindo dos direitos sociais básicos parte significativa da população, mas paradoxalmente, também abriu espaço para a inclusão de lutas por direitos específicos, tornando-a, talvez por esse motivo, muito pertinaz”. No início dos anos 1980, em meio ao processo de reabertura política que vivíamos no Brasil, Pitanguy (p. 21, 1999) destaca que “o movimento de mulheres traz a questão de gênero para a esfera pública, alargando as discussões sobre poder, cidadania e desigualdade”. Exploremos em detalhe essa circunstância.

O Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), criado em 1985, aliado aos conselhos municipais, estaduais e ao movimento de mulheres tiveram importante papel na inclusão das propostas das mulheres na Constituição de 1988. Pitanguy (1999) afirma que as militantes feministas, em meados da década de 1970, concordavam que as questões sexuais e reprodutivas, incluindo a interrupção voluntária da gestação, estruturavam a ética feminista. Nestas circunstâncias, o movimento feminista, reconhecendo o direito das mulheres decidirem sobre a maternidade, cobrava do Estado ações propositivas sobre contracepção, tratamento da infertilidade, acompanhamento de gravidezes do pré-natal ao parto em condições dignas, bem como a possibilidade de interrupção da gestação com amparo legal.

Especificamente sobre o papel da mulher em relação à reprodução, Maria Teresa de Melo Citeli *et al* (1998) salientam que:

Historicamente, as questões ligadas à reprodução da espécie, ou tem se configurado como questões femininas, ou se convertido em questões demográficas voltadas para a população feminina. Embora digam respeito à sociedade como um todo, o fato de parte do processo reprodutivo ocorrer no corpo das mulheres – concepção, gravidez, parto e amamentação – tem servido de base para um conjunto de ideias e práticas sociais que vê nas mulheres as depositárias e agentes de reprodução em praticamente todas as culturas conhecidas. Nesse contexto, a presença masculina é restrita, e usualmente recai sobre as mulheres a maior parcela da responsabilidade sobre os processos e atividades ligadas à reprodução (p. 57, 1998).

Claramente vemos que existe uma diferença entre homens e mulheres no que diz respeito aos aspectos reprodutivos. Em vista disso, o movimento feminista decidiu pautá-los como uma de suas lutas centrais. Os direitos reprodutivos visam garantir o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução humana. É direito de toda pessoa o exercício de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer violências ou restrições de qualquer natureza. Os direitos individuais e sociais devem ser garantidos por meio de leis e políticas públicas que possibilitem a equidade das relações sociais no âmbito, também, dos direitos reprodutivos, o que coloca no centro do debate a questão de gênero. Assim, a ideia de equidade abarca, conceitualmente, algo mais amplo do que a criação e cumprimento da lei, de maneira que para que a igualdade social seja alcançada, faz-se necessário que aspectos ligados a, no caso em tela, gênero sejam considerados (Ventura, 2009). Neste sentido, Birolli e Miguel (2014) argumentam que a interrupção da gestação, uma questão de gênero, pode ser mais um indicativo de desigualdade

social e injustiça reprodutiva, e consideram importante levarmos em conta a situação das mulheres em vulnerabilidade também por sua raça e classe social, interseccionalidades que impactam as possibilidades de escolhas individuais das pessoas.

1.2 Estado, saber médico e saúde reprodutiva

É preciso considerar que as escolhas relativas à vida reprodutiva são questões de ética privada, fundamentadas na noção de indivíduo como agente moral autônomo. A liberdade de escolha deveria ser apoiada pelo Estado, através de políticas públicas. As políticas e ações deveriam proporcionar os recursos para que cada indivíduo decida sobre o planejamento da sua vida reprodutiva, assim como tenha a garantia do atendimento às suas necessidades de saúde. Como veremos nesta seção, frente aos inúmeros descumprimentos de preceitos constitucionais básicos, o direito à vida é explorado a partir de visões morais, que não consideram problemas mais complexos como o biológico, social e conceitual em torno do tema.

Cabe ainda salientar a gestante enquanto indivíduo que usufrui de liberdade e dignidade. A decisão individual sobre recorrer ou não a uma interrupção pode ser definida como uma decisão de caráter moral. Birolli e Miguel, (2016) e Ronald Dworkin (2009) defendem que fica a cargo da mulher decidir sobre seus próprios interesses, não cabendo ao Estado intervir, nem mesmo para impedir interrupções não permissíveis moralmente, visto que a decisão sobre a justificativa ou não em realizar o procedimento deve ser tomada pela mulher que carrega consigo o feto. Isso porque a decisão de manter ou não uma gravidez diz respeito ao direito de decidir sobre o próprio corpo e sobre a vida reprodutiva, que caracterizam direitos básicos.

A autonomia das mulheres não se restringe à decisão sobre realizar ou não uma interrupção da gestação. Tal contexto denota a necessidade de discutirmos a laicidade do Estado, a garantia de direitos constitucionais, como à educação e à informação, e as relações desiguais de gênero presentes na sociedade que, ainda hoje, aceita que uma mulher seja denunciada a polícia ou não receba atendimento em saúde devido a uma gestação interrompida de forma voluntária. Vejamos alguns desdobramentos das questões aqui introduzidas abaixo.

1.2.1 Tratados, Leis Penais e despenalização

Apesar de as convenções de direitos humanos não garanti-los por diferença de gênero, a universalidade não dava conta das questões sofridas pelas mulheres, como, por exemplo, a violência sexual e a física. Foi a partir da luta das mulheres que a necessidade de inclusão da perspectiva de gênero ocorreu nesta esfera. De acordo com Kimberlé Crenshaw (p. 172, 2002) “[...] ao mesmo tempo em que a diferença deixou de ser uma justificativa para a exclusão do gênero dos principais discursos dos direitos humanos, ela, em si mesma, passou a servir de apoio à própria lógica de incorporação de uma perspectiva de gênero”. O princípio da igualdade de gênero é baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e reafirmado pela Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres. As conferências de Viena, na Áustria, em 1993, do Cairo, no Egito, em 1994, e de Beijing, na China, em 1995, discutiram a relevância da diferença de gênero para ampliação dos direitos humanos das mulheres a nível mundial (Crenshaw, 2002).

Em relação à interrupção da gestação, em 1993, a ONU introduziu a linguagem utilizada no campo dos direitos humanos. As Conferências do Cairo e de Beijing deslocaram as discussões da esfera demográfica para a esfera de direitos, apresentando como tema central os direitos sexuais e reprodutivos. No Cairo, a questão do aborto é incluída direcionando as ações a serem desenvolvidas, conforme abaixo:

Uma vez que o aborto inseguro é uma grave ameaça à saúde e à vida da mulher, deve-se promover a pesquisa para a compreensão e melhor abordagem das determinantes e das conseqüências do aborto induzido, inclusive seus efeitos na fecundidade subsequente, na saúde reprodutiva e mental e na prática anticoncepcional, assim como a pesquisa sobre o tratamento de complicações do aborto e de pós-aborto (UNFPA, artigo 12.17, p. 97).

Embora o reconhecimento internacional para fundamentar as políticas públicas quanto à interrupção da gestação tenha ocorrido, a aplicação da recomendação é freada pela legislação de cada país. No Brasil, o aborto enquanto crime foi mencionado pela primeira vez no Código Penal de 1830, no Capítulo dos Crimes Contra a Segurança da Pessoa e da Vida, nos Artigos 199 e 200, tomado como Infanticídio. Nesse contexto, a punição prevista era apenas para aborto praticado por terceiro, sem abarcar a punição para o aborto autoinduzido (Paula, 2017). Em 1890, o Código

Penal incluiu a punição para a prática do aborto autoinduzido. Nessa ocasião, a possibilidade de realização do aborto para preservação da vida da mulher foi mencionado pela primeira vez. É interessante observar que a legislação previu a redução da pena para os casos de aborto autoinduzido se fosse cometido para ocultar desonra própria (Paula, 2017). Já no Código Penal de 1940, o crime do aborto está contemplado no capítulo que define os crimes contra a vida. Temos em seu Artigo 124: “Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos (BRASIL, 1940). Ou seja, a mulher que tem a gravidez interrompida é considerada criminosa. A própria lei, contudo, não penaliza em duas situações: quando a gravidez é fruto de estupro e quando coloca em risco a própria vida da mulher. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) aprovou a antecipação do parto para fins terapêuticos no caso de fetos anencefálicos, por se tratar de uma malformação incompatível com a vida (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012).

No âmbito das discussões na classe médica, Fabíola Rohden (2003) investigou o debate sobre a interrupção da gestação no início do século XX, promovido no seio de instituições de elite, seja de representação, seja de pesquisa, como a Academia Nacional de Medicina e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rohden tomou como objeto as pesquisas feitas pelos médicos à época, os métodos usados para a prática da interrupção e as questões a ela relacionadas. A interrupção obstétrica dividia as opiniões. Uma parte achava que a prática era aceitável, outros preferiam se abster. O médico Costa Junior, segundo Rohden, investigou, em sua pesquisa de doutorado, a visão dos médicos sobre a interrupção da gestação no Rio de Janeiro. Os resultados de Costa Junior demonstraram que a interrupção “criminosa” era muito frequente, que a maioria dos casos não era conhecida porque quem conduzia os procedimentos, via de regra, não deixava vestígios. Um dos médicos que Costa Junior entrevistou expôs que a interrupção aumentara de forma assustadora e que somente naquele ano tratou nove “doentes” em estado lastimável após esse procedimento. Costa Junior, demonstra preocupação com a questão da interrupção:

As proporções em que, em nossos tempos, tem atingido este crime, tão clara e perfeitamente previsto no nosso Código Penal, nos incita, ainda mais revoltados pela sua vergonhosa impunidade, a pôr em evidencia a sua brutalidade e hediondez, e a procurar um meio de saná-lo, quer com medidas de ordem moral, quer com medidas de ordem legislativa (apud Rohden 2003, p. 65). Nessa época, a Alemanha discutia sobre o direito ao aborto, o que causa indignação no médico: Os defensores desta repulsiva teoria, que tem a frente Listz, acham que a

mulher é dona do próprio corpo, e que, por isso, pode dispor dele à sua vontade, sacrificando, se assim o quiser, o fruto de sua concepção, considerado por eles como uma parte do corpo, que tem tanto valor como um dedo, um membro, etc. **Além disso, o produto da concepção normal não pertence só à mãe, ele pertence também ao Estado**, do qual virá a fazer parte e como tal, este deve zelar pela sua vida (“grifo nosso”apud Rohden 2003, p. 67)

A visão do médico é compatível com o que Foucault define como a estatização do indivíduo enquanto ser vivente:

Parece-me que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi, é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico (p. 201, 1976).

A tese de Elisabeth Meloni Vieira (1999) se assemelha à de Foucault (1976), pois, até a segunda metade do século XIX, as preocupações dos Estados se dirigiam à maternidade. A partir dessa época, há uma preocupação com as taxas de natalidade e de aumento populacional. Nesse contexto, o controle da reprodução teria como foco exclusivamente o corpo feminino, escancarando, evidentemente, a questão de gênero envolvida.

É interessante notar que a Código Penal atual (1940) não inibe as mulheres de praticarem a interrupção da gestação. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (2023), desenvolvida por Debora Diniz e colaboradores, uma em cada sete mulheres já realizou pelo menos uma interrupção da gestação durante a vida reprodutiva. O aborto é a quinta causa de mortalidade materna no Brasil, o que o leva a ser considerado como um problema de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Esse aspecto é particularmente relevante porque mostra que as mulheres interrompem a gestação de forma insegura. Em outras palavras, elas realizam o procedimento em condições sanitárias precárias ou com técnicas inadequadas. Além das interrupções inseguras, mulheres que têm direito ao aborto legal enfrentam barreiras para realizar os procedimentos nos serviços de saúde. Um caso recente ilustrou como meninas e mulheres são afetadas pela falta de assistência, mesmo nos casos garantidos por lei. Em julho de 2022, a mídia (Jornal O Globo) divulgou o caso de uma menina de 11 anos que estava grávida e vinha tentando conseguir um aborto legal há um mês. Mesmo ela tendo o direito garantido por lei, o hospital realizou o procedimento somente após a recomendação do Ministério Público Federal (MPF). A alegação do hospital para a recusa do procedimento e atendimento à lei foi à idade gestacional do

feto, que, àquela época, era superior a 22 semanas. Segundo o MPF, o aborto legal não requer autorização judicial ou comunicação policial e não existe, na legislação, limite relacionado à idade gestacional do feto. De acordo com o MPF, a menina sofreu violência psicológica ao ter o acesso ao aborto negado pela instituição de saúde, que também feriu seu direito à saúde e sua integridade física (Leal, 2022).

A legislação permissiva em relação à interrupção da gestação pode ser, de acordo com Maurizio Mori (1997), defendida considerando que: (1) a mulher já se encontra em situação de dificuldades que não deve ser agravada por obstáculo jurídico; (2) a legislação permissiva não pretende garantir moralmente a interrupção, mas evitar a ilegalidade, que, muitas vezes, coloca em risco a vida da mulher; (3) a interdição obriga a todos a se abster ao passo que a permissão não impõe uma ação (1997). Além disso, a despenalização reconhece a autonomia das mulheres. A autonomia reprodutiva é um direito humano que deve ser garantido. A autonomia abarca a possibilidade de decidir com liberdade sobre o projeto de vida. A verdadeira separação entre direito e moral supõe que a decisão sobre a continuação da gravidez pertença à esfera privada. O valor atribuído à vida das mulheres é menor que o valor da vida do embrião. Considerar a interrupção um crime é a expressão extrema da menor legitimidade que as sociedades contemporâneas atribuem a vida das mulheres (Vélez e Arévalo, 2019).

A penalização lesiona o direito à informação, além de expô-las ao estigma. As barreiras, a má prática médica e os procedimentos inadequados geram custos adicionais ao sistema de saúde que podem ser reduzidas com a despenalização. Com essas ações também se reduzem as complicações por interrupções inseguras (Vélez e Arévalo, 2019).

1.2.2 Terminologia e casos recentes no Legislativo e Judiciário

A respeito da terminologia utilizada sobre o tema, o uso da palavra “aborto” é uma forma de moralizar socialmente a discussão sobre a interrupção da gestação. Ora, se o aborto é definido como o produto do abortamento, o processo de interromper a gestação não deve ser denominado aborto, e sim interrupção da gravidez. Um exemplo sobre a utilização de terminologia diferente do termo aborto é utilizada na Resolução CNS/MS nº 348, 10/03/2005, que trata da antecipação terapêutica do parto para fetos anencefálicos. Em 2004, a Confederação Nacional dos

Trabalhadores em Saúde, em articulação com a organização não governamental Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS), propôs a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF nº 54) que requereu a legalidade da antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de feto anencefálico (Ventura, 2009).

Os preceitos constitucionais usados para fundamentar a ADPF⁴ foram os Artigos 1º, IV – dignidade da pessoa humana -, 5º, II – princípio da legalidade, liberdade e autonomia da vontade, artigos 6º e 196 – direito à saúde. Na linguagem jurídica utilizada, vemos a construção da ideia de que a inviabilidade da vida extrauterina do feto anencefálico não consubstancia o aborto, no que este envolve a vida extrauterina em potencial. O parecer cita o fato do feto expulso, em casos de anencefalia, se tratar de um produto patológico e não fisiológico. Como nenhuma intervenção pode ser feita para salvar a vida do feto, “não há falar-se em aborto, para cuja existência é necessária a presumida possibilidade de continuação da vida do feto” (ADPF 54, p. 4, 2012). Analisemos como se deu o contraditório nessa ADPF.

O Deputado Federal Luiz Bassuma, Presidente da Frente Parlamentar em Defesa da Vida - Contra o aborto, manifestou-se a favor do direito inviolável à vida. Já a médica Marlene Rossi Severino Nobre, que exercia a chefia do Serviço de Clínicas e de Patologia Clínica do Posto de Assistência Médica de Várzea do Carmo, São Paulo, e a Presidência da Associação Médico-Espirita Internacional e do Brasil defendeu que “a vida do anencéfalo se sobrepõe a todos os outros direitos e que é um bem fundamental que lhe pertence. Afirmou não estar em discussão o direito da mulher, mas o direito à vida” (ADPF 54, p. 22, 2012). É importante reparar que estas duas últimas posições mencionadas não possuem fundamentação técnica. Nesse sentido, o médico Jorge Andalaft Neto, representante da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, traz um argumento de caráter científico, indicando que “as mulheres gestantes de feto anencefálico apresentam maiores variações do líquido amniótico, hipertensão e diabetes, durante a gestação, bem como aumento das complicações no parto e pós-parto e consequências psicológicas severas, com oito vezes mais risco de depressão” (ADPF 54, p.21, 2012). Essa mesma linha argumentativa foi apresentada pela Sociedade Brasileira de Genética Clínica, representada Pelo Dr. Salmo Raskin, que trouxe a informação de que a anencefalia é a maior causa de má-formação congênita no primeiro trimestre de gestação e que, a cada três horas,

⁴ Segundo Ventura, “a ADPF é um tipo de ação judicial coletiva que tem como objetivo dar interpretação e aplicação adequada a dispositivo legal, sobre o qual haja divergência significativa e passível de violar direitos fundamentais garantidos constitucionalmente” (p. 164).

nasce, no Brasil, uma criança anencéfala. Outros especialistas ainda foram ouvidos antes de, em 12 de abril de 2012, o STF ter julgado “[...] procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencefálico é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128 incisos I e II, todos do Código Penal” (ADPF 54, p. 433, 2012).

A interface entre o direito, legislação e interrupção da gravidez é um campo fértil para análises. Gonçalves e Dias (2018) analisaram os argumentos expostos em audiências públicas no Senado Federal a respeito da Sugestão Legislativa (SUG) nº 15 de 2014, cujo objeto era a regulação da interrupção voluntária da gravidez, dentro de doze semanas de gestação, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com as autoras, era notória a diferença de argumentação. Enquanto o grupo favorável à regulação da interrupção da gravidez pelo SUS focou na saúde das mulheres, o grupo contrário pensou nos embriões⁵.

Em 2017, o Partido Socialismo e Liberdade propôs ADPF 442/DF se posicionando contra a aplicação dos Artigos 124 e 126 do Código Penal no que se refere à interrupção da gestação até a 12ª semana, que preveem a prisão da mulher, de acordo com preceitos fundamentais assegurados pela nossa Constituição Federal e que não estão sendo respeitados. Segundo a ADPF 442/DF:

[...] os princípios da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da não discriminação, bem como os direitos fundamentais à inviolabilidade da vida, à liberdade, à igualdade, à proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante, à saúde e ao planejamento familiar, previstos nos arts. 1º, I e II, 3º, IV, 5º, caput e I e III, 6º, caput, 196 e 226, § 7º, da Constituição Federal (p.2 ADPF 442/DF).

A ADPF 442 levanta os dados da Pesquisa Nacional do Aborto (Diniz, 2016), que constata que o aborto é um evento comum na vida das mulheres brasileiras. Além disso, destaca que, em 2016, 3.019.797 das mulheres que realizaram aborto têm filhos. Portanto, se o Código Penal de 1940 fosse aplicado, mães de famílias estariam presas pelo crime de aborto. A ADPF apresenta argumentos que mostram que a criminalização do aborto e a imposição da gravidez compulsória (1) comprometem a dignidade da pessoa humana, pois não lhes reconhece a capacidade de autodeterminação para decisões sobre sua vida reprodutiva; (2) afetam as mulheres

⁵ O desenvolvimento dos embriões será visto na seção seguinte.

negras e indígenas, pobres, de baixa escolaridade e em áreas rurais de forma mais dramática, o que resulta em ofensa ao princípio da não discriminação; (3) afronta o objetivo da promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade entre outras formas de discriminação; (4) viola o direito à saúde, à integridade física e psicológica das mulheres e à proibição de submissão a tortura ou a tratamento desumano ou degradante; (5) contraria o direito à saúde e a inviolabilidade dos direitos à vida e segurança; (6) infringe o direito ao planejamento familiar; (7) ataca o direito à liberdade e os direitos sexuais e reprodutivos e (8) ofende o princípio da igualdade de gênero. A ADPF requereu ainda a concessão de medida cautelar para:

suspender prisões em flagrante, inquéritos policiais em andamento de processos ou efeitos de decisões judiciais que pretendam aplicar ou tenham aplicado os artigos 124 e 126 do Código Penal ora questionados a casos de interrupção da gestação induzida e voluntária realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez. E que se reconheça o direito constitucional das mulheres de interromper a gestação, e dos profissionais de saúde de realizar o procedimento (p.7 ADPF 442/DF, 2018).

A Relatora do processo, Ministra Rosa Weber, determinou a coleta de informações da Presidência da República, do Senado Federal e da Câmara dos Deputados. Os autos foram encaminhados ao Advogado-Geral da União e à Procuradoria-Geral da República. O Senado Federal argumentou que os Artigos questionados não foram alterados na reforma do Código Penal (Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984). Também informou que “o Poder Legislativo já aprovou, sob a égide da Constituição da República de 1988, o art. 2º do Código Civil que assegura os direitos ao feto viável” (p. 9, ADPF 442/DF). Já a Câmara dos Deputados informou que os dispositivos impugnados estão em vigor desde a edição do Código Penal Brasileiro. “Defendeu que o crime do aborto, localizado no título dos crimes contra a pessoa e no capítulo de crimes contra a vida, tem como bem jurídico tutelado a vida humana intrauterina. Sustentou que não há como excluir a vida intrauterina da proteção da Constituição” (p. 10). A Câmara dos Deputados ainda destacou que esse direito não é absoluto, dada a ponderação ao permitir o aborto em caso de gravidez resultante de estupro e da anencefalia grave do feto, assinalando que a alteração desse quadro pelo poder judiciário não se justifica, podendo representar invasão de competência.

Após a consulta feita ao Congresso, a Consultoria Geral da União argumentou que não há consenso entre as diversas concepções morais, filosóficas e religiosas de todos os grupos que

compõem a sociedade brasileira, o que caracteriza um desacordo moral razoável. Acrescentou que tal desacordo não pode ser resolvido por via judicial, concluindo que a os argumentos veiculados careciam de plausibilidade para fundamentar o pedido de concessão cautelar. Na mesma linha, a Advocacia Geral da União manifestou-se pela impossibilidade jurídica de o STF atuar como legislador positivo. Validou a decisão do legislativo em conceder prioridade sobre a vida do feto sobre o direito de escolha da mulher, não reconhecendo afronta aos preceitos fundamentais, concluindo com a improcedência do pedido.

Diante do exposto, a Relatora da ADPF 442, ministra Rosa Weber, convocou audiência pública para discutir a controvérsia da descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação, realizada nos dias 3 e 6 de agosto de 2018, na qual foram ouvidos 60 especialistas. Diversos argumentos de natureza política, jurídica, filosófica, moral, ética e religiosa foram expostos. O relatório da ADPF 442 cita o pronunciamento do Ministro Luiz Fux, considerando as ponderações sobre os limites da jurisdição constitucional exercida pelo STF:

(...) em termos concretos, não cabe ao Supremo Tribunal Federal, ainda que com as melhores intenções, aperfeiçoar, criar ou aditar políticas públicas, ou, ainda, inovar na regulamentação de dispositivos legais, sob pena de usurpar a linha tênue entre julgar, legislar e executar. No âmbito do controle de constitucionalidade, a competência deste Tribunal restringe-se a verificar a coexistência entre, de um lado, os valores morais e empíricos que sublinham a Constituição, e, de outro, o texto da legislação (...) (p. 17)

Por fim, a relatoria da ADPF 442 concluiu que apesar da atribuição das Cortes Constitucionais na proteção de direitos fundamentais, questões controversas como a do marco temporal e a tipificação penal da interrupção da gravidez devem ser solucionadas no âmbito do Legislativo. Os argumentos da ADPF 442 seguem a mesma linha da SUG ° 15 de 2014, demonstrando que as discussões sobre o tema envolvem os direitos da mulher versus o direito do feto. “No que diz respeito à ética e a bioética, “os estudos têm se dedicado à discussão dos argumentos morais em jogo, sobretudo no que diz respeito à inviolabilidade da vida desde a concepção e da autonomia” (p. 8, Gonçalves e Dias, 2017).

1.3 A inviolabilidade da vida

Como ficou claro na seção anterior, a prática da interrupção da gravidez é uma questão que envolve diferentes campos de conhecimento, aspectos morais, éticos e instituições. Ao olharmos no detalhe alguns enunciados que tratam a situação, percebemos que a tensão alcança seu limite no aspecto conceitual. Em outras palavras, o fato de o entendimento histórico sobre alguns dos conceitos centrais da discussão não ser consenso, já que a língua é viva, as divergências ficam mais claras. O Código Penal, por exemplo, exclui a punição da interrupção da gestação em caso de estupro e de risco de vida da mãe. Vemos aqui uma contradição evidente. Para uma posição, contrária à interrupção da gravidez, o feto é um indivíduo na medida em que ele é um indivíduo em potencial. Mas, temos que se o zigoto resultante de uma relação consensual é considerado uma vida legítima (e deve ser preservada) enquanto o resultante de um estupro não (e a gravidez pode ser interrompida), a valoração passa a ser moral (Domingues, 2008).

Dworkin (2009) ressalta que a permissão a interrupção da gestação nesses casos é incompatível com a crença de que o feto é uma pessoa com direito à vida. Segundo o autor, o caráter moral ou imoral a respeito da interrupção decorre da resposta a uma única pergunta:

O embrião é ou não pessoa desde a concepção? É importante sublinhar que afirmar que o embrião é potencialmente uma pessoa é completamente diferente de afirmar que ele já é uma pessoa em ato, pois o processo generativo implica transformações radicais: nós proviemos de algo muito diferente daquilo que somos. Isso significa reconhecer que a semente não é o exemplar do adulto, mesmo se contém em si a capacidade intrínseca de se autotransformar, dando origem a um adulto (p.43).

A linha argumentativa contrária à descriminalização do aborto defende que, se a vida é inviolável, não seria admissível a realização de um aborto. A penalização da prática do aborto se aplicaria se o sujeito passivo do crime fosse o feto. Para isso, o feto deve ser considerado uma pessoa, titular de direitos desde a concepção. Ao recorrermos ao Art. 2º do Código Civil, vemos: “[...] a personalidade da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”. Entendendo o feto como um indivíduo em potencial, este apresenta uma expectativa de direitos. De acordo com Mori, “[...] pessoa é um ente que goza de tutela e direitos especiais” (1997, p. 44). Para o autor, pessoa é uma noção que pertence à

filosofia, transcendendo à biologia. A definição de pessoa inclui a alma e o corpo, a individualidade e a racionalidade. A biologia explica que a vida é um processo variado e caracterizado por níveis diferentes de organização, de tal forma que o aumento da complexidade dessa organização comporta a emergência de novas características que não estavam presentes em níveis anteriores (Mori, p.45, 1997).

A formação do embrião começa com a interação do óvulo com o espermatozoide. O desenvolvimento do embrião apresenta três características fundamentais: coordenação, continuidade e gradualidade do processo. O óvulo fecundado não é uma pessoa pré-fabricada, ou seja, “a dimensão teleológica do processo biológico precisa-se devagar, quando essa dinamicidade intrínseca leva à formação de várias partes que, ao interagirem entre si, dão origem a novos níveis de complexidade” (Mori, p.49, 1997). A concepção é uma das várias etapas do mais amplo processo reprodutivo, mas não é absolutamente o evento que determina a diferença entre prevenir a formação de uma vida e matar uma vida já formada (Mori, p. 62, 1997).

Peter Singer (2018) concorda com Mori (1997) e acrescenta a ideia de que o feto não pode ser tomado como um ser humano inocente na medida em que ele não é uma pessoa por não ter racionalidade ou autoconsciência. As informações sobre o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso estimam o nível de desenvolvimento necessário para permitir a consciência e a capacidade de sentir dor. Sabemos da dificuldade em afirmarmos se a dor ou qualquer tipo de consciência é possível sem o córtex cerebral desenvolvido, vide os animais invertebrados. Nos seres humanos, antes das dezoito semanas de gestação, ou perto disso, o córtex cerebral não se desenvolveu o suficiente para permitir ligações sinápticas em seu interior (Singer, p.210, 2018). Entre dezoito e vinte e cinco semanas de gestação, o cérebro do feto chega a um estágio no qual surgem algumas transmissões nervosas nas partes associadas à consciência. Mesmo assim, o feto parece se encontrar em um estado persistente de sono. O feto começa a “despertar” apenas a partir de trinta semanas de idade gestacional. Para decisões cotidianas, deveríamos agir como se uma criança tivesse direito à vida desde o momento em que nasce (Singer, 2018).

2 AUTOATENÇÃO À SAÚDE E USO DO MISOPROSTOL

2.1 Biomedicina e autoatenção à saúde

A venda do misoprostol no Brasil começou em 1986, para o tratamento de úlcera péptica. Como o fármaco é uma prostaglandina, é contraindicado para gestantes, pois induz contrações uterinas devido a sua ação uterotônica. O conhecimento desse efeito colateral rapidamente se espalhou e o medicamento foi vendido para mulheres que desejavam interromper a gravidez (Faúndes *et al*, 1996). Uma investigação conduzida por Coelho *et al* (1991) visitou 103 farmácias privadas de um total de 440 na cidade de Fortaleza/CE com o objetivo de investigar os padrões de venda de medicamentos abortivos. As visitas foram feitas por estudantes de farmácia e por um farmacêutico que simularam a necessidade de uma solução para uma gravidez indesejada. Todas as farmácias foram questionadas sobre uma solução para a interrupção de uma gestação no primeiro mês e 87 foram visitadas novamente, perguntando sobre uma orientação para a interrupção de uma gestação no terceiro mês. O misoprostol foi mencionado em 99 visitas. Essa pesquisa demonstra que, desde a década de 90, o misoprostol é conhecido como método para interrupção da gestação.

Entre 1990 e 2000, houve uma redução de mortes maternas por interrupção da gestação, cenário que foi modificado pelo uso do misoprostol (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Mesmo que o medicamento tenha contribuído para a diminuição da razão de mortalidade materna, a inclusão do fármaco na Portaria 344/1998 restringiu sua comercialização, determinando que “as vendas de medicamentos a base da substância Misoprostol constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) deste Regulamento Técnico, ficarão restritas a estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados e credenciados junto a Autoridade Sanitária competente” (Portaria 344/1998). A partir de então, a compra do medicamento foi dificultada para mulheres que desejavam interromper a gestação com o uso do medicamento. Ilana Lowy e Marilena Corrêa (2020) destacam que, apesar de ser utilizado há pelo menos três décadas no Brasil para a interrupção voluntária da gestação de forma autoinduzida, o misoprostol é associado à culpa, sofrimento e potenciais prejuízos ao futuro filho em caso de falha.

Ainda que o fármaco pertença à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais⁶ nas apresentações de 25 µg e 200 µg, incluídos como componente básico da Assistência Farmacêutica, seu acesso pelas mulheres que interrompem a gestação no Brasil é dificultado⁷. A compra do misoprostol é centralizada pelo MS e o princípio ativo é registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por uma única empresa, a Infan Indústria Química Farmacêutica.

Eduardo Menéndez (2003) desenvolveu o conceito de autoatenção em saúde, abarcando as práticas e representações da população, no nível do sujeito e do grupo social, desenvolvidas para diagnosticar, explicar, cuidar, controlar, aliviar, suportar, prevenir ou resolver os processos que afetam a saúde, sem a intervenção de profissionais de saúde, de forma que a prática envolva a autoprescrição de determinado tratamento de forma autônoma. A autoatenção pode ser vista como forma de resposta dos grupos sociais ao paradigma biomédico, que busca prevenir a doença e educar para a ideia de saúde que ele defende. Nesse contexto, de acordo com Menéndez, “[...] os diversos atores se articulam em diferentes modelos de atenção com o objetivo de reduzir ou solucionar seus problemas. Processos sociais, econômicos e culturais possibilitam o desenvolvimento de diferentes formas de atenção a partir das diferentes necessidades dos grupos sociais” (p. 188, 2003).

Didier Fassin (2004) destaca que o conceito de saúde é objeto de disputa entre os agentes morais que se esforçam para impor diferentes visões sobre o tema. As definições das questões tratadas pela saúde determinam as práticas institucionalizadas. Entretanto, as interações entre o biológico e o social, entre o poder e o saber, proporcionam a ampliação do campo do conhecimento da saúde, abarcando as representações e práticas das populações.

Na mesma linha argumentativa, Maria Andréa Loyola (1983) observou que a população de Santa Rita, bairro distante no município de Nova Iguaçu/RJ, cuidava-se mais frequentemente por conta própria, recorrendo aos agentes que exerciam algum cuidado em saúde somente após esgotarem seus conhecimentos terapêuticos próprios. Na época, o único serviço de saúde ficava

⁶ Medicamentos essenciais são elencados como mínimos necessários para a composição de um sistema nacional de saúde básico, que contém a lista dos medicamentos eficazes, seguros e com custo-efetividade para condições prioritárias de saúde da população (WHO, 2021).

⁷ Mesmo com registro ativo, existem relatos de demora ao acesso ao medicamento para procedimentos legais. Uma paciente com aborto espontâneo demorou sete dias para ter acesso ao medicamento dentro de uma unidade de saúde na cidade de Macapá (Morel e Machado, 2020). Quatro horas após usar o medicamento, o abortamento foi concluído.

no centro da cidade, com horários de atendimento muito limitados e exclusivos aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS). O conhecimento médico da população era a principal forma de atenção à saúde, o que, anos mais tarde, Menéndez define como autoatenção. O conhecimento dos tratamentos eram trocados entre as famílias, abarcando ervas, medicamentos, práticas religiosas, entre outras.

A posse e uso de saberes distintos do biomédico, por grupos sociais proporciona trocas de conhecimento, modelando novas formas de atenção à saúde (Menéndez, 2003; Langdon, 2014). O conhecimento sobre a prática da interrupção da gestação com misoprostol ganhou circulação nos anos 1990 e foi apropriado por grupos autogestados de mulheres que se organizam seja para trocar informações seja para oferecer suporte emocional, umas às outras, entre outras demandas que enfrentam, diante da dificuldade de acolhimento pelo serviço de saúde pública. Para Menéndez (2003), a coletividade utiliza os recursos terapêuticos acessíveis na articulação de soluções novas.

Partindo do ponto de vista de Hans-Georg Gadamer (2006), a saúde é vista como um estar-no-mundo, sentir-se ativa e satisfeita com as próprias tarefas da vida. Entretanto, estamos suscetíveis a experiências contrárias, nas quais o oculto se manifesta. A condução da vida e como fazê-la é uma questão que se impõe. De acordo com Gadamer:

Na grande aparelhagem da nossa civilização todos nós somos pacientes. O ser da pessoa é, claramente, algo renegado em toda parte, mas que sempre, em toda parte, volta a pertencer à recuperação do equilíbrio que o ser humano necessita para si mesmo, para a sua casa e para o seu sentir-se em casa. Isso vai além da área de responsabilidade médica e inclui o conjunto da inserção da pessoa na vida familiar, social e profissional. Essa tarefa não me parece colocada de forma abstrata, mas, continuamente, de forma concreta. Trata-se sempre de como inserir seu próprio autoequilíbrio no grande todo social, no qual se adquire colaboração e participação. Assim, parece-me haver muitos pontos, nos quais estamos em condições de não apenas perceber as carências mais constrangedoras, mas também de encontrar as possibilidades abertas para tornar mais humanas as coisas que se disseminaram na nossa ordem social instrumentalizada (p. 74, 2006).

A prática da interrupção da gestação faz parte do cotidiano das mulheres. Muitas têm filhos, outras não consideram que seja o momento para tê-los. A decisão de interromper ou dar continuidade a uma gestação diz respeito ao projeto de vida e do reconhecimento da autodeterminação das mulheres. Isso refletirá em todos os aspectos da sua vida, não somente ao

falso dilema sobre interromper ou não uma gestação. Vejamos os aspectos técnicos sobre o medicamento que tem sido utilizado por mulheres dentro do processo de autoatenção a saúde, se consolidando como uma alternativa para concretizar suas decisões sobre a vida reprodutiva, ainda que esse processo se configure como interrupção insegura da gestação.

2.2 Aspectos farmacológicos do misoprostol

O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1. As prostaglandinas formam uma família de compostos com funções fisiológicas diferentes e específicas. Sua estrutura química característica é denominada prostanóide, que consiste em um ácido carboxílico de vinte carbonos contendo um anel de ciclo-pentano e um grupo carboxila. As prostaglandinas $GF_{2\alpha}$ e E2 estão envolvidas em mudanças na motilidade do trato reprodutivo, e são consideradas uterotônicas por suas ações contráteis (Sugimoto *et al*, 2015). A atividade uterotônica se deve pela atuação sobre a matriz extracelular, com dissolução das fibras colágenas, aumento do ácido hialurônico e aumento do conteúdo de água da cérvice. Além disso, relaxa o músculo liso da cérvice e facilita a dilatação, ao mesmo tempo em que permite o acréscimo do cálcio intracelular, promovendo contração uterina (Moraes Filho *et al*, 2005). O misoprostol é rapidamente absorvido e metabolizado em seu metabólito ativo (misoprostol ácido). Após a administração por via oral, seu pico plasmático ocorre entre 15 e 30 minutos. Alimentos diminuem a taxa de absorção, mas não reduzem sua extensão. É metabolizado por oxidação em diversos órgãos e sua excreção é renal. Sua meia-vida de eliminação é entre 20 e 40 minutos (Martindale, 2014).

Atualmente, em obstetrícia, o misoprostol é utilizado para indução do aborto legal, esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal, amolecimento cervical antes do aborto cirúrgico e indução do trabalho de parto. Além disso, o misoprostol é o medicamento mais usado para a indução do aborto inseguro (Correa, Mastrella, 2012).

2.2.1 Indicações do misoprostol: indução do trabalho de parto

As prostaglandinas são utilizadas para indução do trabalho de parto e o misoprostol foi amplamente investigado para essa finalidade. Os estudos demonstram que a administração de misoprostol por via vaginal amolece o colo uterino, induzindo o parto. A dose preconizada é de 25 µg em intervalos que variam de três a seis horas. O misoprostol também tem sido administrado por via oral, mas essa via de administração é menos estabelecida. As doses são variadas, com predominância de 50 µg a cada quatro horas. Alguns achados indicam que a via oral reduz a eficácia do fármaco se comparada à via vaginal, mas não há consenso sobre esse ponto, mesmo porque as doses comparadas nos estudos apresentam variação (Martindale, 2014).

O risco de hiperestimulação uterina ocorre com a administração por via vaginal, mas também pode ocorrer pela via oral, principalmente em altas doses, e não deve ser utilizada em mulheres com cicatrizes uterinas por cesarianas ou cirurgias uterinas. A via sublingual é pouco investigada (Wing, 2002).

É importante salientar que o misoprostol tem sido utilizado para interrupções de gestações no segundo e terceiro trimestre em quadros de anomalia fetal e morte fetal intrauterina. Nessas situações, a administração via vaginal é mais efetiva quando comparada à via oral. A posologia destes quadros apresenta variação, incluindo doses de 400 a 3200 µg em 24 horas, com intervalos de administração entre três e doze horas (Martindale, 2014).

2.2.2 Hemorragia pós-parto

O uso via retal em doses entre 800 e 1000 µg tem mostrado controle da hemorragia pós-parto. Evidências apontam que doses menores administradas por via oral, sublingual, retal ou a combinação dessas vias de administração apresentam boa eficácia. A administração de doses acima de 600 µg por via oral têm sido associada à hiperexia.

2.2.3 Interrupção da gravidez

As prostaglandinas são amplamente utilizadas para a interrupção da gravidez e o misoprostol é bem estudado para preparação cervical e para indução de contrações uterinas. No primeiro trimestre, o misoprostol é utilizado para o amadurecimento do colo uterino antes da cirurgia e possui eficácia por via oral, sublingual ou vaginal, usualmente na dose 400 µg. A administração por via oral, na dose de 400 µg, após mifepristona, é eficaz na interrupção da gravidez até 63 dias. A dose de 800 µg de misoprostol tem sido administrada por via vaginal após mifepristona. A adoção do regime de duas ou três administrações por via sublingual após a mifepristona também apresenta eficácia. Quando administrado em dose única, as vias vaginal e sublingual são eficazes após mifepristona, mas há maior risco de falha com a dose de 400 µg de misoprostol se comparada à dose de 800 µg. O intervalo entre as doses de mifepristona e misoprostol varia entre 36 e 48 horas. Porém, o uso de misoprostol por via vaginal 24 horas após mifepristona apresenta eficácia. O uso de misoprostol vaginal associado à metotrexato intramuscular ou oral também tem sido descrito (Martindale, 2014).

O misoprostol é um abortivo fraco quando utilizado em monoterapia, particularmente quando administrado por via oral. Entretanto, há um resultado interessante com regime de administração eficaz, particularmente em países onde a mifepristona não está disponível, que é o caso do Brasil. Os estudos usando somente misoprostol para interrupção da gestação no primeiro trimestre apresentam variedade metodológica, o que dificulta a comparação e análise de resultados. Entretanto, alguns aspectos foram associados com maior eficácia, por exemplo, a utilização da dose de 800 µg apresentou menor necessidade de intervenção cirúrgica após a interrupção. Dos 53 grupos analisados, 20 foram tratadas com pelo menos três doses de misoprostol, sendo a primeira dose de 800 µg via vaginal, sublingual ou bucal. Nos grupos analisados, 87% interromperam a gestação sem nenhum procedimento para esvaziamento uterino (Raymond, 2020).

Em relação à interrupção da gestação com o misoprostol no segundo e terceiro trimestres, as investigações foram conduzidas a partir da morte ou anomalias fetais. Os resultados demonstraram que a administração por via vaginal apresentou maior eficácia se comparada à via oral. Novos estudos devem ser delineados para estabelecer a dose, intervalo de administração e efeitos adversos (Dood e Crowther, 2010).

No manejo da perda gestacional precoce, o misoprostol tem sido proposto como alternativa à cirurgia para evacuação uterina. O regime de dose varia entre 400 e 800 µg, com menor eficácia quando utilizadas doses mais baixas. A recomendação para aborto espontâneo ou incompleto de até 12 semanas de idade gestacional, é de 600 µg por via oral. Para aborto retido, a dose de 800 µg pode ser administrada por via vaginal, ou 600 µg por via sublingual, que podem ser repetidas a cada três horas em até três administrações (Martindale, 2014).

2.3 Efeitos Adversos e contraindicações

Entre os efeitos adversos do misoprostol, são conhecidos náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia (10 a 30% dos casos) e são mais frequentes quando utilizadas doses mais altas, intervalos mais curtos entre as doses e se administrado pela via oral e sublingual. A febre é outro efeito colateral, mas sem comprovação de que seja devido ao medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As contraindicações do uso do medicamento incluem: cicatriz uterina, cesárea anterior, doença vascular cerebral, doença coronariana, ingestão prévia (num período de quatro horas) de anti-inflamatórios não esteroides e, por último, hipersensibilidade aos componentes da fórmula (Bula Prostokos, ANVISA, 2020). Doses elevadas podem colocar a saúde e a vida das mulheres em risco, devido ao risco de rompimento uterino, apesar de ser um evento raro (SILVA *et al*, 2010). O uso de prostaglandinas pode acarretar broncoconstrição e broncoespasmo em pacientes asmáticas (Martindale, 2014).

2.4 O que diz a norma técnica da OMS sobre a interrupção segura da gestação

A OMS, em sua diretriz sobre cuidados na interrupção da gestação (2022), recomenda sua descriminalização, retirando-o de toda legislação penal/criminal com a garantia que não existam sanções penais contra intervenientes por fornecer, assistir, informar ou realizar interrupções. Argumenta ainda que a descriminalização garante que qualquer pessoa que tenha sofrido uma perda de uma gravidez não fique sob a suspeita de interrupção ilegal.

As abordagens restritivas devem ser revistas com o propósito de ofertar a interrupção a pedido da mulher ou pessoa grávida. A interpretação e aplicação da lei e políticas públicas devem garantir a conformidade com os direitos humanos. Isso requer: (1) que os fundamentos existentes sejam definidos, interpretados e aplicados de uma forma compatível com os direitos humanos; (2) a interrupção esteja disponível nas situações em que levar uma gravidez até o fim causaria dor ou sofrimento substancial à mulher; (3) a interrupção esteja disponível quando a vida e a saúde da mulher estão em risco; (4) os fundamentos de saúde reflitam as definições de saúde e de saúde mental da OMS e (5) não existam requisitos processuais para “provar” a satisfação dos fundamentos, tais como ordens judiciais ou relatórios policiais em casos de violência sexual (OMS, p.7, 2022).

Em relação à prestação de serviços nos cuidados à interrupção da gestação, a OMS (2022) recomenda a disponibilização de informação sobre cuidados prestados por agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, profissionais da medicina tradicional e complementar, enfermeiros, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares, parteiras, médicos generalistas e médicos especialistas.

As boas práticas desaconselham longos períodos de espera para a interrupção. O tratamento da dor para a interrupção farmacológica consiste no uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINES) caso a pessoa queira. Para a interrupção farmacológica com idade gestacional superior a 12 semanas, sugere-se que sejam considerados métodos adicionais para controlar a dor ou desconforto. Tais métodos incluem antieméticos e anestesia epidural, sempre que disponível.

O guia das boas práticas da OMS traz as recomendações para interrupção cirúrgica e farmacológica. Como a interrupção cirúrgica no Brasil é praticada apenas nos casos permitidos pela lei, e o objeto dessa tese é a interrupção voluntária com misoprostol, discutiremos as recomendações sobre a interrupção farmacológica. Para a interrupção induzida **com idade gestacional de até 12 semanas**, recomenda-se: (a) o uso de 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguido de 800 µg de misoprostol administrados por via vaginal, sublingual ou bucal de um a dois dias depois. O intervalo mínimo recomendado entre o uso de mifepristona e misoprostol é de 24 horas, (b) ao usar somente misoprostol, recomendar o uso de 800 µg por via vaginal, sublingual ou bucal e (c) nova recomendação para administração de

letrozol 10 mg por via oral diariamente por três dias, seguido de misoprostol 800 µg por via sublingual no quarto dia.

Para a interrupção farmacológica **em idades gestacionais acima de 12 semanas** sugere-se: (a) o uso de 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguido de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administradas a cada três horas por via vaginal, sublingual ou bucal um a dois dias mais tarde e (b) ao usar apenas misoprostol, usar 400 µg por via vaginal, oral ou sublingual a cada três horas. O misoprostol pode ser repetido no intervalo indicado conforme necessário para alcançar o sucesso no processo. Os profissionais de saúde devem ter cautela para decidir o número máximo de doses de misoprostol em pacientes com incisão uterina prévia, conforme avaliação clínica de cada paciente. A ruptura uterina é uma complicação rara, com a idade gestacional mais avançada, deve ser considerada a realização de parecer clínico e a preparação dos sistemas de saúde para o tratamento da emergência.

É importante destacar que a **gestão farmacológica para os casos de interrupção até 12 semanas** de idade gestacional pode ser feita pela própria usuária, por agentes comunitários de saúde, profissionais de farmácia, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares, enfermeiros, parteiras, médicos associados, médicos generalistas e especialistas. Para a interrupção farmacológica **com idade gestacional acima de 12 semanas**, a recomendação é que a gestão da interrupção seja feita por médicos generalistas e especialistas.

As opções de prestação de serviços e abordagens de autogestão recomendam: (a) opção de serviços de telemedicina como uma alternativa para prestar cuidados na interrupção farmacológica, especificamente sobre a avaliação da elegibilidade, aconselhamento e/ou instrução relacionadas ao processo, fornecendo informações sobre a administração de medicamentos e acompanhamento de cuidados após a interrupção. Tendo em vista que as abordagens de prestação de serviços podem ser diversas, é importante garantir acesso à informação cientificamente compreensível em todas as fases, acesso a medicamentos de qualidade, reforçar o apoio ao encaminhamento, se desejado ou necessário, além da escolha apropriada de contraceptivos para pessoas que querem contracepção após a interrupção. Em relação à autogestão da interrupção farmacológica, três componentes são importantes no processo: auto-avaliação da elegibilidade (determinar a duração da gravidez; excluir contraindicações); auto-administração de medicamentos fora da unidade de saúde e sem a

supervisão direta de um profissional de saúde e, por último, a auto-avaliação do sucesso da interrupção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender o processo de interrupção da gestação voluntária com o uso do misoprostol na percepção das mulheres que a praticam e dos profissionais de saúde que prestam atendimento a esses casos.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o uso do misoprostol autoadministrado para interrupção da gestação no Brasil.
- Conhecer as situações enfrentadas por mulheres que fizeram uso do misoprostol para interrupção da gestação nos últimos dois anos.
- Identificar o que pensam os profissionais de saúde que atendem esses casos em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro.
- Verificar o fluxo de atendimento hospitalar das mulheres com interrupção da gestação induzida com misoprostol.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e com delineamento transversal. Foram utilizadas três técnicas de produção de dados: 1) revisão integrativa da literatura sobre o uso do misoprostol para interrupção da gravidez no Brasil; 2) entrevistas em profundidade com mulheres que fizeram uso de misoprostol para a interrupção da gestação e com profissionais de saúde que as atendem; 3) observação participante do fluxo de atendimento a essas mulheres em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro.

Na primeira etapa do estudo foi feita a revisão integrativa da literatura, de pesquisas publicadas em periódicos indexados nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), PubMed (National Library of Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca foi realizada em 14 de março de 2020, com os descritores aborto e misoprostol na base SciELO, aborto, misoprostol e Brasil nas bases PubMed e LILACS. O detalhamento do percurso metodológico desta revisão e seus resultados se encontram no artigo intitulado “O uso do misoprostol na interrupção da gestação: revisão de estudos realizados no Brasil” já publicado no periódico *Ciência e Saúde Coletiva* em 2022, apresentado no capítulo 5 desta tese.

Em seguida, no trabalho de campo propriamente dito, a estratégia inicial de recrutamento das participantes do estudo foi à técnica bola de neve através das redes sociais e grupos de ajuda de mulheres que têm a intenção de interromper a gravidez. A partir da identificação de uma mulher que induziu a interrupção com o misoprostol nos últimos dois anos e de um profissional de saúde que tenha prestado atendimento a algum caso nesse mesmo período, foram realizados os convites para as entrevistas. Algumas entrevistas aconteceram de forma remota e outras presenciais, em local escolhido pela entrevistada. Ao fim das entrevistas, a pesquisadora solicitava uma indicação as participantes da pesquisa sobre pessoas pertencentes à mesma população em estudo.

A segunda estratégia de recrutamento de participantes ocorreu em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. O público-alvo foi composto por mulheres internadas por autoindução da interrupção da gravidez com o uso do medicamento misoprostol e pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros de ambos os sexos) que as atenderam.

4.1 Instrumentos de pesquisa, critérios de inclusão, critério amostral e registro dos dados

Os dados foram coletados por meio de observação participante (OP) e entrevistas semiestruturadas. Na OP, a pesquisadora entrou em contato direto com o fenômeno estudado em seu ambiente social e pôde captar situações variadas que não são obtidas por meio de perguntas. Através da OP foi possível conhecer a rotina de atendimento das mulheres que interrompem a gravidez, sentimentos e ações relacionadas aos procedimentos realizados no hospital. A OP foi registrada num diário de campo, desde o primeiro momento até a fase final da investigação, com descrição do lugar, das pessoas e dos acontecimentos, com anotação das percepções e impressões pessoais, resultados de conversas informais e observações de comportamento dos interlocutores em relação aos pontos investigados.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, o Apêndice A para as mulheres que autoinduziram a interrupção da gestação e o Apêndice B para os profissionais de saúde. O roteiro de entrevista das mulheres foi dividido em dois blocos: 1-Dados sociodemográficos e sexual/reprodutivo e 2-Dados sobre a gravidez e a interrupção. O roteiro de entrevista dos profissionais de saúde contém três partes: 1-Dados sobre formação/atuação profissional, 2-Experiências sobre o atendimento às mulheres que interromperam a gravidez e 3-Perspectivas sobre o aborto.

Foram incluídas mulheres que interromperam a gestação com o medicamento, maiores de 18 anos, sem comorbidades que tenham implicações na saúde sexual e reprodutiva, a partir de princípios de amostra de conveniência. Quanto aos profissionais de saúde, o critério de inclusão foi ser médico ou enfermeiro que atuasse diretamente na assistência às mulheres internadas após a interrupção da gestação, também selecionados por conveniência.

O tamanho amostral de entrevistadas foi determinado pela saturação dos conteúdos. As entrevistas foram feitas e analisadas enquanto o trabalho de campo estava sendo desenvolvido, com o objetivo de perceber o momento no qual novas questões de pesquisa deixaram de surgir. De acordo com Minayo (2017), “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”. Nesse sentido, a pesquisa foi desenvolvida enquanto haviam questões a serem aprofundadas.

4.2 Análise dos dados

Considerando que a análise dos dados teve o objetivo de explorar o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema, a análise foi conduzida simultaneamente à coleta dos dados. Os dados foram armazenados e organizados em arquivos de texto, áudio e caderno de campo. As entrevistas foram transcritas na íntegra, lidas e relidas para se ter noção do todo e das particularidades de cada uma. Em seguida, foram buscadas semelhanças e divergências e classificação dos dados nos temas que surgiram, tendo em vista responder aos questionamentos do estudo. Foi feito recorte dos trechos que foram agrupados em temas. A interpretação dos temas, que agruparam fragmentos dos depoimentos, se deu através da busca de sentidos (Taquette, 2020). O sentido pode ser visto como o entendido por Clifford Geertz, onde o objetivo é “[...] anotar o significado que as ações sociais particulares têm para os atores [...] e afirmar, tão explicitamente quanto nos for possível, o que o conhecimento assim atingido demonstra sobre a sociedade na qual é encontrado” (Geertz, 1989, p.19).

A ideia de compreender o todo a partir do singular e o singular a partir do todo, conduzida com consciência metodológica “[...] não buscará simplesmente confirmar suas antecipações, mas tomar consciência delas, a fim de controlá-las e com isso alcançar a compreensão correta a partir das coisas elas mesmas [...]” (Gadamer, 2011, p.77).

O objetivo não foi generalizar através dos casos, mas generalizar dentro deles. A produção dos resultados, sua percepção e interpretação foram etapas de análise dos dados, que significaram, portanto, escolher entre as estruturas de significação. Ainda de acordo com Geertz:

No estudo da cultura, os significantes não são sintomas ou conjuntos de sintomas, mas atos simbólicos ou conjuntos de atos simbólicos e o objetivo não é a terapia, mas a análise do discurso social. (GEERTZ, 1989, p.18).

A compreensão vai constantemente do todo para a parte e desta para o todo, ampliando a unidade de sentido. A compreensão dialoga e concorda em suas particularidades e com o todo, ou seja, buscamos um sentido comum para o entendimento dos resultados (Gadamer, 2011, p.257).

Por fim foi feito diálogo com a literatura em busca de sentidos mais amplos, num marco de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde e de análise do biopoder sobre a vida das

mulheres. Foi elaborada uma síntese interpretativa, num movimento de base hermenêutica e dialética, balizados por Minayo (2002), tendo em vista atender aos objetivos do estudo.

4.3 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética (CEP) do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) cumprindo as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016.

Conforme o Art. 16 da Resolução 510/2016, o processo de consentimento das participantes para a realização das entrevistas foi feito de forma oral, sem registro escrito e/ou por áudio para as mulheres que autoinduziram a interrupção. A justificativa para o consentimento oral se deve a criminalização da prática no Brasil e suas possíveis implicações previstas no Código Penal. Dessa forma, entendemos que não seria benéfico o registro de consentimento com identificação. Para a entrevista com os profissionais de saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizado para a realização da entrevista.

Antes do início da entrevista, houve o detalhamento do estudo e a solicitação de permissão para gravação de áudio. Caso a participante aceitasse gravar a entrevista, acordamos um apelido de preferência da entrevistada para usarmos durante a entrevista. O consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente, garantindo o sigilo das narrativas.

O direito de recusa foi enfatizado às participantes, destacando que poderiam encerrar a entrevista a qualquer momento e/ou se recusar a responder perguntas que não quisessem sem qualquer prejuízo à sua pessoa.

Todos os detalhes da gravação foram explicados: tratamento por apelido, destruição da gravação após a transcrição para arquivo de texto sem nenhuma identificação. As transcrições foram feitas pela pesquisadora para que o material não fosse compartilhado com ninguém através da *web*.

O risco da participação na pesquisa estava relacionado a implicações emocionais visto que o tema abordado pode mobilizar emoções nas participantes. De acordo com Débora Diniz:

Há um extenso debate ético sobre possíveis implicações emocionais de pesquisas qualitativas com técnicas de entrevistas abertas sobre temas com forte conotação afetiva para as participantes, como doenças crônicas, violência sexual, infertilidade ou luto. No exercício de transpor a matriz de riscos e benefícios das Ciências Biomédicas para as Ciências Humanas, a imputação de possíveis riscos emocionais pelas entrevistas abertas é o parecer mais comum recebido por pesquisadoras ao terem seus projetos avaliados pelos comitês de ética em pesquisa. Se for verdade que há chances de que a entrevista desencadeie fortes sentimentos, é também possível reconhecer o caráter quase terapêutico da cena etnográfica para muitas pessoas. (p.420, 2008).

Sabemos que o tema da pesquisa é sensível e poderia mobilizar emoções nas entrevistadas. A pesquisadora esteve comprometida em acolher as emoções e criar empatia com as entrevistadas. O convite para a entrevista possibilitou a escolha da possível entrevistada em não querer falar sobre o assunto e negar a realização da entrevista. Quando surgiram situações de sensibilidade emocional, a pesquisadora acolheu esse momento de forma respeitosa.

Sabemos também que o estudo do tema é importante para fundamentar ações e políticas de saúde, visto que as mulheres que autoinduzem a interrupção da gestação têm tido, historicamente, uma necessidade de saúde não atendida, pois realizam o processo sem o direito de acompanhamento por profissionais da saúde. Nesse sentido, destacamos o art. 6º da Constituição que garante o direito à saúde.

Os benefícios esperados são relacionados às informações sobre a interrupção da gestação com o misoprostol e seus desdobramentos, tal como o pós-interrupção, as implicações para a saúde e as experiências dos profissionais de saúde sobre como tem se dado o atendimento desses casos quando as mulheres procuram assistência.

Ressalta-se que durante todo o desenvolvimento da pesquisa foi levada em consideração a reflexividade, tendo em vista que os aspectos éticos envolvidos não se esgotam com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e pelo consentimento da participante. Em pesquisas com seres humanos desafios éticos estão presentes desde a formulação do projeto até a divulgação de seus resultados (Minayo e Gerrieiro, 2013).

O estudo foi aprovado pelo CEP do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro da UERJ através do parecer CAAE 61693721.9.0000.5260 e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pelo parecer CAAE 61693721.9.3001.5279. Os nomes das participantes do estudo e da Maternidade descritos nesta tese são fictícios, a fim de preservar a identidade e confidencialidade das participantes e da Instituição.

5 O USO DO MISOPROSTOL NA INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO: REVISÃO DE ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL (*Artigo científico*)

DOI: 10.1590/1413-8123202278.03102022

3079

REVISÃO REVIEW

O uso do misoprostol na interrupção da gestação: revisão de estudos realizados no Brasil

The use of misoprostol in the termination of pregnancy: a review of studies carried

Leticia Oening Machado (<https://orcid.org/0000-0003-2736-5264>)¹
Stella Regina Taquette (<https://orcid.org/0000-0001-7388-3025>)²

Abstract *The use of misoprostol for abortifacient purposes is a phenomenon observed in Brazil since the late 1980s. The drug started to be used at that time for self-induced abortion, when it began to be commercialized for the treatment of peptic ulcer. Its access was restricted from 1998 onwards, but the drug continues to be commercialized illegally. The objective of this article is to summarize the knowledge produced by research in Brazil about induced abortion and the use of misoprostol. An integrative review of original studies carried out in Brazil and published in journals indexed in SciELO, PubMed and Lilacs databases was performed. The search found 68 titles, and 28 articles were included in the review. Most women who induced pregnancy interruption were young and did it before 15 gestational weeks. The rate of misoprostol use ranged from 89% to 36%. This drug is effective for terminating pregnancy in the first trimester and has a low rate of complications. However, the more socially vulnerable the woman is, the greater are the health risks in the abortion process. The conclusion is that the purchase of misoprostol as an abortifacient is facilitated, despite it being prohibited, and its complications are associated with the context of vulnerability of the pregnant woman.*

Key words Abortion, Misoprostol, Abortifacient agents

Resumo *O uso do misoprostol com finalidade abortiva é um fenômeno observado no Brasil desde o final da década de 1980. O medicamento começou a ser utilizado nessa época para autoindução do aborto, quando passou a ser comercializado para o tratamento de úlcera péptica. Seu acesso foi restringido a partir de 1998, porém o fármaco continua sendo comercializado na ilegalidade. O objetivo desse artigo é sintetizar o conhecimento produzido em pesquisas no Brasil sobre o aborto induzido e o uso do misoprostol. Foi realizada uma revisão integrativa de estudos originais feitos no Brasil e publicados em revistas indexadas nas bases SciELO, PubMed e Lilacs. Foram encontrados 68 títulos e incluídos 28 artigos na revisão. A maioria das mulheres que induz a interrupção da gestação é jovem e o faz antes das 15 semanas de gestação. A taxa de utilização do misoprostol variou entre 89% e 36%. Esse medicamento é eficaz para a interrupção da gestação no primeiro trimestre e apresenta baixa taxa de complicações. Contudo, quanto mais vulnerável socialmente a mulher, maiores os riscos para a saúde no processo do abortamento. Conclui-se que a compra do misoprostol como abortivo é facilitada, apesar de proibida, e suas complicações estão associadas ao contexto de vulnerabilidade da gestante.*

Palavras-chave Aborto, Misoprostol, Abortivos

¹ Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524, Maracanã, Bloco E, 7º andar. 20550-011 Rio de Janeiro RJ Brasil. oening.leticia@gmail.com
² Departamento de Pediatría, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O uso do misoprostol com finalidade abortiva é um fenômeno observado no Brasil desde o final da década de 1980. Diante do contexto de ilegalidade do aborto no país, incluído no código penal em 1830 e reafirmado nos códigos penais de 1890 e 1940, o misoprostol começou a ser utilizado como alternativa para a autoindução do aborto, ainda que sua comercialização estivesse autorizada para o tratamento de úlcera péptica¹.

Como o fármaco é uma prostaglandina, é contraindicado para gestantes, pois induz contrações uterinas devido à sua ação uterotônica. O conhecimento desse efeito colateral rapidamente se espalhou e o medicamento foi vendido em farmácias para mulheres que desejavam interromper a gravidez entre 1986 e 1998. Em 1998, sua venda foi proibida². Mesmo com a proibição, a comercialização do fármaco é feita de forma ilegal até hoje³.

A ilegalidade não cessou a prática do aborto, visto que uma em cada cinco mulheres até os 40 anos de idade já realizou pelo menos um aborto em sua trajetória reprodutiva. Dados de estudo recente demonstram que são realizados atualmente pelo menos 503 mil abortos no Brasil, o que corresponde a 1.300 mulheres por dia⁴. Além disso, essa mesma pesquisa evidencia que 48% do total de abortos foram realizados com o uso de medicamentos. A taxa de utilização do misoprostol em estudos sobre o tema variou de 89% a 36%^{5,6}.

As mulheres têm utilizado o misoprostol para interrupção da gestação como uma das opções para concretizar suas decisões sobre a vida reprodutiva⁷. Após o sangramento decorrente do uso do medicamento, metade delas procura atendimento hospitalar para certificação do aborto completo e/ou tratamento das complicações⁸. A literatura aponta que as doses utilizadas do misoprostol são variadas, demonstrando uma lacuna em relação ao acesso às informações sobre a dose, às vias de administração, às contraindicações e aos cuidados necessários no pós-aborto⁹.

Este estudo de revisão tem o objetivo de sintetizar o conhecimento produzido em pesquisas empíricas no campo da saúde focados na interrupção da gravidez com o uso do medicamento misoprostol, especificamente em estudos brasileiros. Dessa forma, pretendemos oferecer subsídios a políticas e programas que contribuam para a redução dos riscos à saúde das mulheres. Cabe ressaltar que as buscas na literatura foram reali-

zadas com a palavra misoprostol, mas esse não é o único método utilizado no Brasil para autoindução do aborto, o que pode apresentar viés em relação aos outros métodos que não são objetos desse artigo.

Métodos

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, de pesquisas realizadas no Brasil e publicadas em periódicos indexados nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed (National Library of Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca foi realizada em 14 de março de 2020, com os descritores aborto e misoprostol na base SciELO, aborto, misoprostol e Brasil nas bases PubMed e LILACS. Foram encontrados 68 títulos. O filtro de estudos feitos no Brasil foi aplicado devido ao interesse das autoras em analisar a magnitude da utilização do medicamento para a autoindução do aborto no país, visto que o tema tem sido investigado desde a década de 1990.

Dos 68 títulos encontrados, foram removidas 22 duplicatas. Os 46 títulos e resumos restantes foram lidos, sendo excluídos 18, conforme os critérios: seis por abordarem outro tema, dois por não serem fruto de pesquisa empírica, quatro revisões de literatura, quatro pesquisas desenvolvidas em outro país, um título em alemão e um estudo não localizado (Figura 1).

Foi feita análise de conteúdo dos artigos por meio dos seguintes passos: leitura e releitura crítica dos textos; busca de semelhanças e divergências; classificação dos dados em temas; e síntese interpretativa de acordo com os objetivos dos estudos. Os artigos foram classificados em cinco categorias: I) características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres que interrompem a gravidez; II) percursos abortivos no contexto da clandestinidade; III) impactos na saúde das mulheres que interrompem a gravidez; IV) eficácia abortiva e teratogenicidade do misoprostol; e V) misoprostol na mídia e no judiciário.

Além dos 28 títulos incluídos na revisão (Quadro 1) e apresentados nos resultados, foram adicionados oito artigos^{1,2,3,13,14,38,39,40}, uma tese de doutorado³², um capítulo de livro³⁶, dados de mortalidade por aborto do Ministério da Saúde (MS)³⁵ e um documento oficial do MS para a introdução e discussão do tema em estudo⁴⁰.

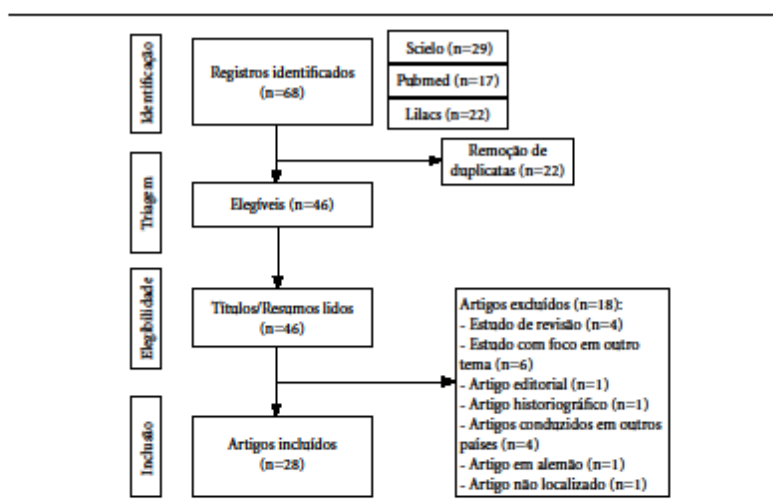


Figura 1. Fluxograma da pesquisa.

Fonte: Autores.

Quadro 1. Artigos revisados.

Autor/ano/desenho/local/categoria	Objetivos	Amostra	Resultados/conclusões
NADER PRA <i>et al.</i> 2007 ⁸ . Quantitativo/transversal. Serra/ES. CAT I	Descrever as características do abortamento de mulheres em uma maternidade	83 mulheres hospitalizadas	25,3% dos abortamentos foram induzidos e o misoprostol utilizado em mais de 75% dos casos
RAMOS KS <i>et al.</i> 2010 ⁹ . Quantitativo/transversal. Recife/PE. CAT I	Descrever as características sociodemográficas e reprodutivas de mulheres hospitalizadas por abortamento	160 mulheres hospitalizadas	A idade gestacional predominante foi abaixo de 12 semanas; a maioria dos abortos foi possivelmente induzido e a faixa etária predominante entre 20 e 29 anos
CHAVES JH <i>et al.</i> 2012 ⁵ . Quantitativo/levantamento. Maceió/AL. CAT I	Descrever aspectos sociodemográficos/ clínicos e o tipo de abortamento de adolescentes internadas em uma maternidade	201 adolescentes hospitalizadas	A faixa etária predominante foi de 15 aos 19 anos, 85,98% dos abortos ocorreram entre a 13ª e 15ª semana e 89,19% referiram o uso de misoprostol
FONSECA W <i>et al.</i> 1998 ¹⁰ . Quantitativo/levantamento. Florianópolis/SC. CAT I	Investigar características sociodemográficas, reprodutivas de mulheres internadas por aborto	620 mulheres hospitalizadas	A maioria dos casos foi classificado como aborto provocado e usou misoprostol isolado ou associado a outros métodos. O aborto provocado foi mais frequente na faixa etária entre 20 e 24 anos, com cinco a oito anos de escolaridade e em mulheres casadas/em união estável
FONSECA W <i>et al.</i> 1996 ¹¹ . Quantitativo/levantamento. Fortaleza/CE. CAT I	Investigar determinantes do aborto nas mulheres internadas por complicações da interrupção da gravidez	4.359 mulheres hospitalizadas	48% dos abortos foram provocados, a faixa etária predominante foi entre 20 e 29 anos, 66% relataram o uso do misoprostol, isolado ou associado a outro método

continua

Quadro 1. Artigos revisados.

Autor/ano/ desenho/local/categoria	Objetivos	Amostra	Resultados/conclusões
DINIZ D <i>et al.</i> 2012 ¹² . Qualitativo/pesquisa documental e entrevista. CAT V	Analisar as histórias das mulheres e vendedores de misoprostol denunciados ao Ministério Público	6 inquéritos policiais, 4 processos penais e 2 entrevistas	O Cytotec é comercializado em envelopes avulsos, sem a cartela com indicação do laboratório, ou conhecimento de sua procedência. Não há garantia da qualidade do medicamento
MADEIRO AP <i>et al.</i> 2015 ¹³ . Qualitativo/entrevista. Porto Alegre/RS, Teresina/PI e Belém/PA. CAT II	Descrever como mulheres trabalhadoras do sexo realizam aborto ilegal e as consequências para sua saúde	39 trabalhadoras do sexo	O método mais comum foi o misoprostol. As doses foram de um a oito comprimidos, via vaginal e oral. A maioria apresentou sangramento vaginal e/ou dor abdominal após o uso
LEAL OF. 2012 ¹⁴ . Qualitativo/etnografia/entrevista. Rio de Janeiro RJ/Porto Alegre/RS. CAT II	Estabelecer uma discussão sobre a disseminação da prática do aborto	9 mulheres que abortaram. 100 homens e 100 mulheres em idade reprodutiva.	Enquanto não há o reconhecimento social da gravidez, os métodos não são vistos como abortivos e sim como um procedimento para "baixar as regras". Apesar de ser um imperativo moral assumir o filho, determinadas condições podem tornar a prática do aborto tolerável
MADEIRO AP <i>et al.</i> 2012 ¹⁵ . Quantitativo/levantamento. Teresina/PI. CAT II	Descrever a prevalência e os métodos usados para interrupção da gravidez e fatores associados	310 mulheres	A maioria afirmou ter realizado pelo menos um aborto na vida. O "Cytotec" foi o método isolado mais comum e em 9,2% das vezes foi associado com chás e sondas
DINIZ D <i>et al.</i> 2012 ¹ . Quantitativo/levantamento. Belém/PA, Brasília/DF, Porto Alegre/RS, Rio de Janeiro/RJ e Salvador/BA. CAT II.	Apresentar o itinerário da mulher para a realização do aborto ilegal.	122 mulheres	Evidenciou-se uso de chás, líquidos e ervas em conjunto com misoprostol oral e vaginal, mais comum com oito semanas de gestação. Metade das mulheres finalizou o aborto em unidade hospitalar
ARILHA MM. 2012 ⁷ . Qualitativo/entrevista. São Paulo/SP. CAT II	Apreender elementos da experiência de mulheres que desejam abortar	4 mulheres. 2 que usaram misoprostol. 2 que tinham contato sobre a venda do misoprostol.	O misoprostol representa uma alternativa visto o preço e segurança. Seu uso coloca as usuárias em um universo em que os limites entre o ilegal e o legal são frágeis. Ele circula para além das áreas do circuito da saúde, no comércio ilegal das áreas urbanas
PORTO RM <i>et al.</i> 2017 ¹⁶ . Qualitativo/entrevista. Natal/RN. CAT II	Analisar experiências de mulheres que abortam clandestinamente	2 mulheres	O estudo demonstra a dificuldade em se encontrar o misoprostol, e a falta de recurso financeiro para adquiri-lo. Evidenciou também a diferença de assistência prestada a mulheres que induzem o aborto nos serviços de saúde
DINIZ D <i>et al.</i> 2011 ¹⁷ . Quantitativo e Qualitativo/análise documental. Brasil. CAT V	Descrever o contexto do aborto ilegal por medicamentos na mídia	524 notícias em geral 76 notícias de histórias de vida	A venda do misoprostol é foco de notícia policial, sendo os vendedores majoritariamente homens. As mulheres que abortam são alvo de notícias sobre suas histórias de vida e prisão
SOUZA ZCS <i>et al.</i> 2010 ¹⁸ . Qualitativo/Entrevista. Salvador/BA. CAT II.	Analisar a trajetória clandestina de mulheres em situação de aborto provocado	17 mulheres internadas	A indução do aborto foi realizada com o uso de chás, misoprostol, injeção e sonda para dilatar o útero. A gestação foi interrompida devido ao receio de não conseguir cuidar de mais um filho
FERRARI W <i>et al.</i> 2020 ¹⁹ . Qualitativo/entrevistas. Rio de Janeiro/RJ. CAT II	Discutir as especificidades da prática do aborto ilegal entre adolescentes	10 adolescentes do sexo feminino que abortaram	A idade das adolescentes variou de 12 a 17 anos e os abortos foram realizados em clínicas (na favela ou fora) ou com o uso de misoprostol com dificuldades de recursos financeiros para sua realização
ZORDO S. 2016 ²⁰ . Qualitativo/etnografia. Salvador/BA. CAT III	Examinar o impacto da biomedicalização do aborto ilegal com misoprostol na perspectiva dos profissionais de saúde e de mulheres pobres	2 hospitalais. 55 profissionais de saúde. 20 mulheres hospitalizadas. 11 mulheres na comunidade	A distribuição dos contraceptivos nos serviços é escassa. Os efeitos da biomedicalização são variados de acordo com o contexto social e apesar da maior segurança da interrupção do aborto com o misoprostol, a falta de serviços no atendimento pós-aborto contribui para que o risco seja maior

continua

Quadro 1. Artigos revisados.

Autor/ano/desenho/local/categoria	Objetivos	Amostra	Resultados/conclusões
KALE P <i>et al.</i> , 2018 ²¹ . Quantitativo/transversal. São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ, Niterói/RJ. CAT III	Analisar os óbitos maternos, abortos, óbitos fetais e neonatais em maternidades, nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Niterói	7.845 mulheres internadas para parto ou por aborto e seus conceitos (N = 7.898)	Ocorreu um óbito materno. A taxa de aborto foi de 6,3%. O misoprostol foi o meio mais utilizado para aborto provocado. A proporção de aborto provocado no centro RJ (11,9%) foi cerca de 12 vezes maior do que o centro SP (1%)
SILVA DPO <i>et al.</i> 2010 ⁶ . Quantitativo/transversal. Campinas/SP. CAT III	Avaliar a taxa de complicações graves por aborto provocado e sua relação com uso de misoprostol.	543 mulheres internadas	48% dos abortos foram classificados como possível, provável ou certamente induzido. 25 mulheres declararam ter induzido o aborto. Dessas, 36% utilizaram misoprostol. 10% apresentaram complicações hemorrágicas e 13% sinais de infecção
ARCANJO FCN <i>et al.</i> 2011 ²² . Quantitativo/ensaio clínico. Sobral/CE. CAT IV	Avaliar a eficácia do uso do misoprostol 800 mcg via vaginal para o esvaziamento uterino em gestações interrompidas	41 mulheres	O abortamento foi completo em 80,5% das mulheres e as restantes (19,5%) necessitaram de curetagem uterina. Quanto menor a idade gestacional, maior a eficácia do misoprostol no esvaziamento uterino
BERNARDI P <i>et al.</i> 2010 ²³ . Relato de caso. Porto Alegre/RS. CAT IV	Reportar o caso de uma menina nascida com 7 meses, cuja mãe utilizou misoprostol no segundo mês de gestação	1 menina de 7 meses de idade	A avaliação das malformações sugere que elas possam estar relacionadas a alterações vasculares ligadas ao uso do misoprostol, porém, essa associação pode ser uma simples coincidência
OPALEYE ES <i>et al.</i> 2010 ²⁴ . Quantitativo/caso controle. Fortaleza/CE. CAT IV	Identificar em recém-nascidos malformados e controles normais, a exposição ao misoprostol consequências	126 casos e 126 controles	Houve maior exposição ao misoprostol durante a gestação em neonatos malformados comparados aos saudáveis (OR = 3,65), entretanto sem significância estatística
ASSIS PM 2021 ²⁵ . Qualitativo e quantitativo. Brasil. CAT V	Produzir um banco de dados sobre como os tribunais brasileiros trataram o misoprostol nas últimas três décadas	331 decisões judiciais	Em 77,6% dos casos, o crime associado ao misoprostol foi contra a saúde pública. O crime de tráfico de drogas correspondeu a 9,9% dos casos. Contrabando foi citado em 6,9% dos casos. O crime de aborto foi associado ao misoprostol em 8,4% dos casos
DUARTE NIG <i>et al.</i> 2018 ²⁶ . Qualitativo/etnografia virtual. Brasil. CAT II	Analisar narrativas sobre as experiências de abortar em uma comunidade <i>on-line</i>	18 narrativas	Em 13 histórias, o misoprostol é apontado como agente principal do aborto. A internet é importante fonte de informação sobre o aborto
MISAGO C <i>et al.</i> 1998 ²⁷ . Quantitativo/transversal. Fortaleza/CE. CAT I	Apresentar os achados dos determinantes e características médicas dos abortos em mulheres admitidas em hospitais	4.359 mulheres internadas	As mulheres jovens, com mais de cinco anos de estudo e solteiras apresentaram maior risco de aborto induzido. 48% dos abortos foram certamente induzidos e 66% utilizaram misoprostol para indução
NUNES MD <i>et al.</i> 2012 ²⁸ . Quantitativo/Transversal e qualitativo/entrevistas. Teresina/PI. CAT II	Caracterizar os métodos, o percurso e as redes de apoio das adolescentes para a interrupção da gestação	30 adolescentes internadas	A maioria tinha menos de 18 anos de idade, eram solteiras, pardas ou negras e urbanas. O misoprostol foi utilizado em 94% dos casos. Os comprimidos foram adquiridos em farmácias em 43% dos casos, com preço entre R\$ 16 e 60 reais. Três adolescentes tiveram complicações graves. Buscam atendimento sozinhas ou acompanhadas das mães ou amigas
COELHO HL <i>et al.</i> 1994 ²⁹ . Quantitativo/levantamento. Fortaleza/CE. CAT I/III	Caracterizar a experiência de um grupo de mulheres que utilizaram misoprostol para indução do aborto	102 mulheres com histórico de uso do misoprostol	A maioria tinha idade entre 20 e 29 anos, eram solteiras, estudaram menos de oito anos. A maioria fez uso de quatro comprimidos por via vaginal e oral. 49 casos precisaram de curetagem. 13% apresentaram infecção e 4% perfuração uterina

continua

Quadro 1. Artigos revisados.

Autor/ano/desenho/local/categoria	Objetivos	Amostra	Resultados/conclusões
SCHULER I <i>et al.</i> 1999 ²⁰ . Quantitativo/caso controle. Porto Alegre/RS, São Paulo/SP, Rio de Janeiro/RJ. CAT IV	Avaliar e comparar a taxa e o tipo de defeitos congênitos em mulheres grávidas expostas ao misoprostol	86 grupos controle 82 grupos caso	O estudo sugere que o uso do misoprostol durante a gestação pode aumentar a incidência de anomalias congênitas. A magnitude do aumento é baixa
ARAUJO MCR <i>et al.</i> 2007 ²¹ . Quantitativo/estudo de caso. São Luis/MA. CAT I/ CAT III	Identificar os fatores associados ao aborto provocado em mulheres admitidas por complicações decorrentes desses abortos	80 mulheres internadas	A média de idade foi de 21,6 anos. 30% concluíram o ensino médio. 71,25% estavam solteiras. 57,59% tinham renda entre um e três salários-mínimos. 56,25% utilizaram misoprostol para indução do aborto. O tempo médio de internação foi de 2,5 dias

Fonte: Autores.

Resultados e discussão

A maioria dos estudos foi desenvolvido com métodos quantitativos (N = 15), nove investigações utilizaram abordagem qualitativa, três empregaram a combinação de métodos qualitativos e quantitativos e um se trata de relato de caso. Dos 15 estudos quantitativos, 11 foram pesquisas transversais, dois de caso controle, um ensaio clínico e um estudo de caso. Das nove investigações qualitativas, uma foi realizada por meio de pesquisa documental e entrevistas, uma por análise de narrativas e sete foram desenvolvidas por meio de entrevista.

A maior parte dos artigos foi publicada na década de 2010 (N = 19). Cinco artigos são dos anos 1990, apenas dois artigos na década de 2000 e dois em 2020/2021. Em relação à região geográfica, os resultados demonstram que nove investigações foram multicêntricas, 13 foram conduzidas na região Nordeste, quatro na região Sudeste e duas na região Sul.

Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres que interrompem a gravidez (Categoria I)

Seis estudos foram incluídos exclusivamente nessa categoria e dois foram considerados tanto da categoria I quanto da III, somando oito estudos na primeira categoria. As investigações evidenciaram que a maioria das mulheres que induz a interrupção da gestação é jovem^{9,10,11,27,29,31} e o faz antes das 15 semanas de gestação^{5,9}. A identificação da interrupção como induzida apresentou variação entre 25% e 94% dos casos estudados^{6,28}. Ainda hoje, a identificação da indução da inter-

rupção da gestação não é fácil de ser realizada, devido à criminalização do aborto no país.

Ramos *et al.*⁹, em estudo desenvolvido em Recife/PE com 160 mulheres admitidas com características de abortamento até a 20ª semana, evidenciaram que a maioria delas tinha entre 20 e 29 anos (48,9%) e oito anos ou mais de estudo (72%). Apenas dez por cento não tinha companheiro. Em relação ao conhecimento de métodos contraceptivos, a totalidade das participantes conhecia a pílula e o preservativo masculino.

Chaves *et al.*⁵, em pesquisa desenvolvida em Maceió/AL com 201 adolescentes internadas em uma maternidade, corroboram Ramos⁹ quanto à idade gestacional abaixo de 15 semanas predominante nos casos de aborto provocado. Além disso, o aborto provocado acontece majoritariamente em adolescentes sem filhos e com parceiros estáveis. A gravidez interrompida, na maioria das vezes, não foi planejada.

Estudo desenvolvido por Fonseca *et al.*³⁰ na cidade de Florianópolis/SC com 620 mulheres admitidas em serviço hospitalar com diagnóstico de interrupção da gravidez reforça os dados encontrados por Ramos⁹ com relação à predominância da idade entre 20 e 29 anos. Pesquisa desenvolvida em Fortaleza/CE com 4.359 mulheres encontrou majoritariamente a mesma faixa etária⁴¹. No estudo em Florianópolis¹⁰ citado acima, 53,9% das mulheres não utilizavam método contraceptivo, enquanto 20,6% referiram o uso de pílula e 5,7% o uso de preservativo. Entre os motivos citados para o não uso de métodos contraceptivos entre mulheres sem parceiro fixo estão: descuido, falta de expectativa em ter uma relação sexual e receio dos efeitos adversos. A indisponibilidade dos métodos contraceptivos foi

mencionada por menos de 5% das entrevistadas. Já na investigação realizada no Nordeste do Brasil¹¹ com 4.359 mulheres, a indisponibilidade de métodos contraceptivos foi mencionada por 8% das participantes.

Uma pesquisa populacional de abrangência nacional demonstrou que as taxas de aborto são maiores entre mulheres com baixa escolaridade (até quarta série) (22%), com renda familiar total de até um salário-mínimo (16%) e entre amarelas, pretas, pardas e indígenas (de 13% a 25%), contra 9% entre brancas⁴.

Quando olhamos para os dados de raça/etnia, estudo realizado no Nordeste do país com 2.640 mulheres evidenciou que "a interrupção da gravidez ocorreu tardiamente entre as mulheres pretas (15,4% vs. 11,1% entre as pardas e 11,4% entre as brancas)" (p. 69)¹².

Percursos abortivos no contexto da clandestinidade (Categoria II)

Os dez estudos incluídos nessa categoria evidenciaram as seguintes etapas do processo abortivo com o misoprostol: 1) a notícia da gravidez; 2) a tomada de decisão de abortar; 3) a busca de informação e o estabelecimento de vínculos; 4) a obtenção do medicamento; 5) o uso do medicamento; e 6) a eliminação e a certificação de que o aborto foi completo¹³. O caminho percorrido pelas mulheres que induzem o aborto com misoprostol pode ser exemplificado pelo percurso descrito por Porto e Sousa¹⁴, com o medicamento sendo utilizado em casa e a procura por atendimento hospitalar feita após os sintomas relativos ao efeito do fármaco aparecerem, entre eles, dores e sangramento.

Estudo conduzido com 122 mulheres em cinco capitais brasileiras encontrou algumas características comuns do primeiro aborto: idade inferior a 19 anos, mulheres com filhos e negras. O aborto é iniciado em casa e concluído em um hospital. São utilizados chás, líquidos e ervas com a finalidade de regular a menstruação. O misoprostol foi utilizado em mais da metade dos casos de indução do aborto (52%), de forma isolada ou associado a chás, líquidos e ervas. A curetagem em clínicas privadas foi realizada em mais de um terço das mulheres entrevistadas (36%). A maioria das mulheres não foi atendida em hospitais (64%)³, o que demonstra baixa procura dos serviços de saúde para certificação da completude do aborto.

Outro fator relevante diz respeito a maus-tratos recebidos ao procurarem os serviços de

saúde. Sanções morais, ameaça de denúncia e longas esperas são exemplos de situações enfrentadas. As mulheres mais velhas em geral omitem a indução, visando se protegerem de denúncias e maus tratos²⁰.

O medo de enfrentar esse tipo de situação foi evidenciado por estudo realizado no Nordeste com 2.640 mulheres, no qual o medo relatado por mulheres negras ao procurarem atendimento no pós-aborto, foi referido por 13% das participantes, superior ao dobro em relação às mulheres brancas (5,9%)²¹.

Outra investigação conduzida no Nordeste encontrou situações discriminatórias a que as mulheres são submetidas ao procurarem assistência. "A enfermeira me fez olhar para o feto", lembrou em entrevista a pesquisadora uma adolescente que fez uso do misoprostol, "ela insistiu que eu [o] visse. Isso eu achei péssimo" (p. 2316)²². Essas autoras ainda indicam que nos casos em que os profissionais de saúde percebem a indução do aborto pode ocorrer violência institucional, a exemplo do caso em que uma adolescente:

[...] foi submetida a três curetagens uterinas sem anestesia, tendo ficado internada por 15 dias. Ao questionar sobre o porquê de não ser anestesiada, foi informada de que seu caso não merecia tal procedimento. Em estado grave, foi encaminhada para Teresina, onde foi diagnosticada com perfuração uterina e infecção [grifo nosso] (p. 2316).

Conforme demonstrado por Arilha⁷, ao decidir realizar o aborto com o misoprostol, fatores como preço, segurança, preservação da identidade e privacidade são levados em consideração, além do fato de prescindir de fornecer seus dados para realizar um aborto em uma clínica privada. Sobre a realização do aborto em clínica privada, uma participante do estudo colocou: "Tem lugar que é fundo de quintal, é perigoso" (p. 1789). Entretanto, a compra do medicamento não é simples, e conta com a participação de homens. Diferentes estratégias podem fazer parte do processo de aquisição e fatores como as redes sociais em que as mulheres estão inseridas e os mediadores envolvidos costumam influenciar no desfecho. Para a compra do misoprostol é necessário saber os códigos corretos em um local de possível comercialização, pois quando não se conhece um possível local de venda, a busca pelo medicamento se torna morosa e angustiante, e induzir um aborto é uma corrida contra o tempo, visto que quanto antes o procedimento for realizado, maiores as chances de ser concretizado sem complicações para a mulher^{16,22}.

É importante destacar o custo do misoprostol no mercado ilegal. Salientamos que o preço do medicamento pode apresentar ampla variação pela circulação na ilegalidade. Em uma consulta com um fornecedor da região Sudeste do Brasil, em janeiro de 2022 cada comprimido custava R\$ 137,50, acrescidos do valor do frete. A consulta de preço foi feita por uma pessoa que precisou do medicamento para finalidade abortiva em janeiro de 2022. O orçamento foi enviado pelo fornecedor por WhatsApp.

Impactos na saúde das mulheres que interrompem a gravidez (Categoria III)

Foram incluídos três artigos exclusivamente nessa categoria, somados a dois estudos classificados em duas categorias, I e III. Os estudos destacaram que os impactos para a saúde das mulheres que fazem uso do misoprostol variam de acordo com o contexto social. Não foram encontrados óbitos relacionados ao aborto nesses estudos.

Uma pesquisa conduzida em Salvador, com 20 mulheres atendidas em uma maternidade pública, revelou que a maioria era negra e jovem. A indução do aborto se inicia com ervas, que na maioria dos casos não são eficazes. O misoprostol é então utilizado, em uma dose entre um e quatro comprimidos, tanto pela via oral quanto pela via vaginal. A procura por atendimento médico se dá quando o sangramento e a dor se tornam intensos. Devido ao preço elevado, o misoprostol nem sempre é acessível, expondo as mulheres a métodos menos seguros. Uma profissional de saúde relatou que pelo fato de a pobreza permear a vida das pessoas da região, as mulheres agem de forma desesperada ao se depararem com uma gravidez que não desejam levar a termo, e utilizam métodos perigosos, como a inserção de "chumbinho" na vagina²⁸.

Chaves⁵ reforça que o abortamento é uma prática comum durante a vida reprodutiva das mulheres, independentemente de classe social, idade, religião e estado civil. Entretanto, a disponibilidade de recursos financeiros interfere de maneira direta nos riscos a que se submetem as adolescentes que estão em vias de realizar um aborto. Além disso, mesmo que a indução do aborto seja feita com misoprostol, doses elevadas podem colocar a saúde e a vida das mulheres em risco, podendo ocasionar rompimento uterino⁶.

Investigação desenvolvida por Silva *et al.*⁶ na cidade de Campinas/SP avaliou as complicações de mulheres internadas por aborto (N = 259). Fo-

ram encontradas complicações infecciosas (10%) e hemorrágicas (13%). Não ocorreram casos de infecção grave e sangramento que terminasse em histerectomia durante o período do estudo.

Pesquisa conduzida em Recife com 1.840 mulheres revelou o percentual de 9,5% de infecções em gestações interrompidas até a 24ª semana, e de 23% após a 25ª semana. Já em relação às infecções graves, o percentual foi de 1,4% em gestações interrompidas até a 24ª semana e de 3,1% após a 25ª semana. Quando o percentual de complicações foi comparado quanto ao tipo de aborto e método utilizado, os dados demonstraram um percentual de 7,9% de infecções e de 0,9% de infecções graves para os casos de aborto espontâneo, 4,2% de infecções e 0,8% de infecções graves para os casos de aborto induzido com misoprostol, e 49,4% de infecções e 14,6% de infecções graves para os casos de aborto induzido com outros métodos. Ou seja, entre as mulheres que induziram o aborto, as que o fizeram com o misoprostol apresentaram 12 vezes menos chance de infecção⁷.

Investigação realizada no Nordeste do país com 2.640 mulheres no atendimento pós-aborto identificou que mulheres pretas e pardas apresentaram proporções duas vezes maior de condições regulares, graves ou muito graves, comparativamente às brancas, ao chegarem ao hospital. As mulheres pretas relataram maior enfrentamento de barreiras institucionais, em comparação às pardas e brancas, ao procurarem o atendimento pós-aborto²².

Cabe destacar também que, entre 2006 e 2015, os óbitos decorrentes de aborto foram mais frequentes na faixa etária entre 20-29 anos. A razão de mortalidade materna (RMM) específica por aborto segundo a cor da pele foi maior nas mulheres de cor preta de 2006 a 2012. Em 2013 e 2014, as indígenas tiveram maior RMM²⁴.

Considerando que não existe um código do CID-10 específico para aborto induzido, foi realizada a extração dos dados de óbitos por aborto de forma indireta no Datasus, com a seleção dos casos de aborto não especificado (categoria O06 da CID-10), outros tipos de aborto (O05) e como falha na tentativa de aborto (O07). Entre 2015 e 2019, os óbitos por essas causas em mulheres pretas e pardas (N = 135) foram mais do que o dobro em relação às mulheres brancas (N = 70)²⁵.

Desde o início do uso do misoprostol para finalidades abortivas no Brasil, em 1989, as mortes de mulheres reduziram pelo uso de métodos menos invasivos, com diminuição do risco de morte em 83,3% entre 1990 e 2012, embora os dados de

mortalidade materna sejam subdiagnosticados³⁴. Entretanto, mesmo que a taxa de mortalidade materna por aborto tenha diminuído, isso não significa que o processo abortivo tenha a segurança esperada, pois os estudos evidenciaram situações de precariedade no atendimento hospitalar após a realização do aborto autoinduzido. Além disso, a postura do Estado em não conhecer a magnitude da utilização de medicamentos para abortar tem sustentado a posição de não oferecer um cuidado integral às mulheres que induzem o aborto.

Na Assembleia Geral da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) adotou, em 2000, a resolução sobre os direitos das mulheres relativos à saúde reprodutiva e sexual afirma que as melhorias na saúde reprodutiva e sexual das mulheres dependem, além da ciência e dos serviços de saúde, de ações dos estados para corrigir injustiças cometidas contra as mulheres³⁵.

Eficácia abortiva e teratogenicidade do misoprostol (Categoria IV)

Um dos receios em se utilizar o misoprostol para autoindução do aborto está relacionado ao medo de danos à saúde do recém-nascido em caso de falha na tentativa do aborto. São escassos os estudos sobre a eficácia abortiva e a teratogenicidade do misoprostol no Brasil. Foram incluídos quatro artigos nessa categoria.

Em relação à eficácia abortiva, um ensaio clínico com misoprostol para o esvaziamento uterino após a perda fetal, desenvolvido por Arcanjo *et al.*²², apresentou taxa de eficácia de 80,3%. Entretanto, o número de participantes foi relativamente pequeno. Uma metanálise conduzida por Raymond³⁷ concluiu que a administração do misoprostol para a interrupção da gestação no primeiro trimestre é eficaz e apresenta baixa taxa de complicações. Entretanto, os autores destacam que o monitoramento do uso é importante para detectar falhas, além da necessidade de se levantar dados complementares sobre a dose e a via de administração.

Quanto à teratogenicidade do misoprostol, duas investigações evidenciaram a possível associação de seu uso a oito casos de malformação congênita^{33,38}. Vauzelle *et al.*³⁸ encontraram taxa em torno de 2% de malformações congênitas em recém-nascidos e fetos expostos ao misoprostol.

Um relato de caso publicado por Bernardi *et al.*²³, discute o efeito vascular disruptivo ocasionado pelo misoprostol, que pode levar a malformações fetais relacionadas a estruturas craniofaciais e em membros. O espectro de malformações

do relato de caso sugere associação com teratogenicidade no período da organogênese fetal. Entretanto, são necessários outros estudos acerca da questão.

Malformações de recém-nascidos ocorrem em 1% a 3% da população em geral, e qualquer malformação é rara, o que dificulta a atribuição da malformação a um medicamento ou substância. Crianças nascidas com a síndrome de Moebius apresentam probabilidade 30 vezes maior de terem sido expostas ao misoprostol no útero, se comparadas aos recém-nascidos com outras malformações. Mesmo que a probabilidade seja 30 vezes maior, a síndrome de Moebius é rara (um caso em cada 50 mil a 100 mil nascimentos), o que torna o risco da malformação baixo³⁹.

Misoprostol na mídia e no judiciário (Categoria V)

Três estudos foram incluídos nessa categoria. O enquadramento dado ao misoprostol pela mídia brasileira está relacionado, majoritariamente, às apreensões de medicamentos comercializados de modo ilegal. Não foi identificado nos textos jornalísticos informações sobre o misoprostol ser considerado um medicamento essencial pela OMS. Os médicos apresentam papel duplo, ora como profissionais que ajudam as mulheres, ora como agentes que as denunciam¹⁷. Chama atenção o fato de as mulheres serem alvos das notícias quando a ênfase é modificada para o aborto provocado pelos medicamentos.

Ao investigar seis inquéritos policiais e quatro processos penais, Diniz e Madeiro¹² identificam três casos de denúncia de mulheres que induziram o aborto em casa e o terminaram em um hospital público no Distrito Federal, demonstrando como uma instituição de saúde pode ser um espaço de ameaça às mulheres. Conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde, "diante do abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não podem comunicar o fato à autoridade policial, judicial nem ao Ministério Público, pois o sigilo profissional na prática da assistência à saúde é dever legal e ético"⁴⁰ (p. 14). O estudo de Diniz e Madeiro¹² demonstrou o descumprimento da recomendação sobre o sigilo preconizada pela Norma Técnica, o que viola o direito das mulheres denunciadas.

Investigação de 331 decisões judiciais sobre o misoprostol revelou que em 77,6% dos casos o crime associado ao medicamento foi contra a saúde pública. O crime de tráfico de drogas cor-

respondeu a 9,9% dos casos, e contrabando foi citado em 6,9% deles. O crime de aborto foi associado ao medicamento em 8,4% dos casos²⁵.

Considerações finais

O aborto é um evento comum em mulheres jovens, casadas ou solteiras, com gravidez em idade gestacional inferior a 15 semanas, mas com evidência de interrupção tardia nas mulheres pretas. A utilização do misoprostol para a interrupção da gravidez é frequente e uma alternativa procurada devido ao preço e à segurança. Cerca de metade das mulheres que utilizam o medicamento precisam ser internadas para finalizar o aborto, tendo dificuldade de obter assistência hospitalar e sofrendo maus-tratos.

Vale destacar que o uso do misoprostol diminuiu a mortalidade por aborto no Brasil, porém a indução do aborto com o medicamento é um processo penoso e de risco para as mulheres, sobretudo para as que vivem em contextos de maior vulnerabilidade, como as jovens, pretas e pardas e com baixa escolaridade. Soma-se a isso às inequidades de gênero e o fato de o aborto ser criminalizado.

O misoprostol é objeto de matérias jornalísticas e decisões jurídicas. Na mídia, a ênfase das matérias é majoritariamente voltada à comercialização ilegal do medicamento e pauta de notícias policiais, com destaque para fornecedores do medicamento e apreensão do insumo. No judiciário, as decisões foram enquadradas, em sua maioria, como crime contra a saúde pública.

Colaboradores

LO Machado trabalhou na concepção e na pesquisa, e SR Taquette na revisão e redação final.

Referências

- Lowy I, Correa MCDV. The "abortion pill" misoprostol in Brazil: women's empowerment in a conservative and repressive political environment. *Am J Public Health* 2020; 110(5):677-684.
- Fatúndes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Adv Contracept* 1996; 12(1):1-9.
- Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1671-1681.
- Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cien Saude Colet* 2017; 22(2):653-660.
- Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFSB, Guilhermina R, Nunes, Rui. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saude Soc* 2012; 21(1):246-256.
- Silva DFO, Bedone AI, Fatúndes A, Fernandes MAS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010; 10(4):441-447.
- Azilha MM. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1785-17947.
- Nader PRA, Blandino VRPM, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra-ES. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4):615-624.
- Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AI. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):605-610.
- Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos FL, Correia LL. Características sociodemográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):279-286.
- Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente IAM, Oliveira PC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 1996; 30(1):13-18.
- Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1795-1804.
- Madeiro AP, Diniz D. Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):587-593.
- Leal OF. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1689-1697.
- Madeiro AP, Rufino AC. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina - Piauí. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1735-1743.
- Porto RM, Sousa CHD. "Percorrendo caminhos da angústia": itinerários abortivos em uma capital nordestina. *Rev Estud Fem* 2017; 25(2): 593-616.
- Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):94-102.
- Souza ZCSN, Normêlia MFD, Couto TM, Gesteira SMA. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6):732-736.
- Ferrari W, Peres S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2020; 36(Supl. 1): e00198318.
- Zordo S. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2016; 23(1):19-36.
- Kale PL, Jorge MHPM, Fonseca SC, Cascao AM, Silva KS, Reis AC, Taniguchi MT. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. *Cien Saude Colet* 2018; 23(5):1577-1590.
- Arcanjo FCN, Ribeiro AS, Teles TG, Macena RHM, Carvalho FHC. Uso do misoprostol em substituição à curetagem uterina em gestações interrompidas precocemente. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33(6):276-280.
- Bernardi P, Graziadio C, Rosa RFM, Pfeil JN, Zen PRC, Paskulin GA. Fibular dimelia and mirror polydactyly of the foot in a girl presenting additional features of the VACTERL association. *Sao Paulo Med J* 2010; 128(2):99-101.
- Opaleye ES, Coelho HLL, Faccini LS, Almeida PC, Santos EC, Ribeiro AJV, Costa FS. Avaliação de riscos teratogênicos em gestações expostas ao misoprostol. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(1):19-35.
- Assis MP. Misoprostol on trial: a descriptive study of the criminalization of an essential medicine in Brazil. *Cad Saude Publica* 2012; 37(10):e00272520.
- Duarte NIG, Moraes LL, Andrade CB. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. *Cien Saude Colet* 2018; 23(10):3337-3346.
- Misago C, Fonseca W, Correia L, Fernandes LM, Campbell O. Determinants of abortion among women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil. *Int J Epidemiol* 1998; 27(5):833-839.
- Nunes Md, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2311-2318.
- Coelho HL, Teixeira AC, Cruz Mde F, Gonzaga SL, Arrais PS, Luchini L, La Vecchia C, Tognoni G. Misoprostol: the experience of women in Fortaleza, Brazil. *Contraception* 1994; 49(2):101-110.
- Schüller L, Pastuszak A, Sanseverino TV, Orioli IM, Brunoni D, Ashton-Prolla P, Silva da Costa F, Giugliani R, Couto AM, Brandao SB, Koren G. Pregnancy outcome after exposure to misoprostol in Brazil: a prospective, controlled study. *Reprod Toxicol* 1999; 13(2):147-151.
- Aratijo MCR, Mochel EG. Aborto provocado: fatores associados em mulheres admitidas em maternidades públicas em São Luis/MA. *Rev Paul Enferm* 2007; 27(2):79-86.
- Goes EF. *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018.

33. Swarc L, Vazquez SSF. "Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya": tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sex Salud Soc* 2018; 28:90-115.
34. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saude Publica* 2020; 36(Supl. 1):e00188718.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações sobre Mortalidade. [acessado 2022 jan 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
36. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla ME. *Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.
37. Raymond E, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2019; 133(1):137-147.
38. Vauzelle C, Beghin D, Cournot MP, Elefant E. Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: prospective follow-up study. *Reprod Toxicol* 2013; 36:98-103.
39. Koren G, Schuler L. Taking drugs during pregnancy: how safe are the unsafe? *Can Fam Physician* 2001; 4(5):951-953.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*. Brasília: MS; 2005.

Artigo apresentado em 20/10/2021

Aprovado em 04/04/2022

Versão final apresentada em 06/04/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

6 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NA MATERNIDADE JANDIRA MAGDALENA

6.1 Aproximação do campo

Ao pensar no desenho dessa pesquisa, entendíamos que realizar uma investigação em uma Maternidade pública nos possibilitaria ter contato tanto com as mulheres que procuram assistência quanto com os profissionais envolvidos no atendimento das pacientes. Além disso, seria possível observar os fluxos de atendimento e as relações dentro do ambiente hospitalar.

A pesquisa de campo na maternidade foi feita entre 19 de julho e 14 de agosto de 2023. Apesar da dificuldade inicial em conseguir autorização da instituição e do CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), após a aprovação de todas as etapas, o diretor da Maternidade foi receptivo e amigável desde o primeiro contato, apresentando-me os setores da instituição e aos profissionais que estavam no plantão no dia em que adentrei o campo.

Aos poucos, familiarizei-me com as equipes, em especial com três técnicas de enfermagem que me ajudaram a contatar os médicos e algumas pacientes para que eu as convidasse para entrevistas. Apesar de as três profissionais terem me ajudado mais diretamente, várias outras técnicas de enfermagem e enfermeiras me auxiliaram ao longo de minha investigação. De uma forma geral, as maiores dificuldades ocorreram antes de eu conseguir acesso à Maternidade Jandira Magdalena⁸. Cabe pontuar que os médicos formam um grupo mais fechado. Algumas médicas e residentes se mostraram mais receptivas, enquanto outras se recusaram a participar da entrevista. Dos nove convites para entrevistar esse grupo, tivemos três recusas.

⁸ Jandira Magdalena tentou realizar a interrupção da gestação com misoprostol, sem sucesso. Procurou então uma clínica clandestina no bairro Campo Grande, no Rio de Janeiro/RJ, e morreu durante o procedimento. Parte do seu corpo foi encontrado carbonizado dentro de um carro no município de Mangaratiba/RJ. A escolha de seu nome é uma forma de homenagem a ela e sua família.

6.2 Por dentro de uma Emergência Obstétrica

A porta de entrada da Maternidade Jandira Magdalena é através da Emergência. A recepção conta com um balcão de atendimento para abertura dos atendimentos e cadeiras. São atendidas emergências obstétricas e ginecológicas, além de neonatos encaminhados pela Clínica da Família, desde que o nascimento tenha sido na maternidade. Após a abertura do atendimento, todas as pacientes são classificadas de acordo com o risco. São cinco cores: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. A classificação azul corresponde ao menor risco, enquanto a vermelha aos casos com maior risco. Duas enfermeiras da Rede Cegonha fazem esse primeiro atendimento, chamado de acolhimento em uma sala de aproximadamente 40 m². É importante destacar que a ordem de atendimento pelos médicos não obedece à ordem de chegada, e sim a classificação de risco. Na sala ao lado, o espaço dispõe de pia de inox, armários, uma mesa com cadeira e três cadeiras de espera. Nessa área, ficam duas técnicas de enfermagem, que registram todos os atendimentos, seus desfechos, fazem as internações das pacientes, administram medicamentos, orientam sobre coleta de exames e reavaliação médica. As técnicas de enfermagem, que têm contato com as pacientes por mais tempo, são, em sua maioria, funcionárias públicas estatutárias e trabalham na maternidade há muitos anos. A maioria é atenciosa com as pacientes e acompanhantes. Uma ou outra destoa desse perfil e tem uma postura mais rude. Todavia, o comportamento geral é de gentileza e nesse primeiro contato não há distinção de casos relacionados ao perfil das pacientes ou outros inconvenientes que poderiam surgir em uma porta de emergência.

As médicas trajavam vestimentas de centro cirúrgico e calçado tipo “cros”. As enfermeiras usam jaleco branco ou bata do tipo uniforme com o nome e profissão bordada. As técnicas vestem batas tipo uniformes, geralmente com estampa lisa ou de bichinhos.

O serviço de emergência contava com duas cadeiras para administração de medicamentos e dois consultórios médicos, cada um com mesa, cadeiras e cadeira ginecológica. Passei boa parte do tempo entre a triagem e os consultórios de atendimento dos médicos. Minha intenção era observar como as mulheres que estavam em processo de abortamento chegavam ao serviço e quais delas seriam internadas. A ideia era que, a partir dessa identificação, eu as convidasse, em momento oportuno, para participar da pesquisa.

Os médicos que atendem na emergência têm interações variadas com a equipe da enfermagem. A equipe é diversa e muda a cada plantão. Foi possível observar que um médico praticamente não dirigia a palavra à equipe, apenas pegava as fichas das pacientes e as atendia. Os demais médicos, no geral, eram mais comunicativos com a equipe de enfermagem e outras médicas, além da boa comunicação, gentis com todos e todas. Como observei muitos plantões, posso afirmar que cada dia e cada noite apresentaram dinâmicas diferentes nas relações entre os profissionais.

Pudemos observar que a maioria das gestantes que chegam à emergência sentem dores, cólicas, enjoos, bolsa rota, contrações, pressão e glicemia altas. As pacientes da ginecologia chegam com sangramento anormal, dores fortes, entre outras queixas. A grande maioria das gestantes recebe alta. Entre as causas de internação mais frequentes estão hipertensão, diabetes, contrações e infecções. Cabe destacar que uma parcela significativa das gestantes que observei sendo atendida foi de adolescentes, com idade entre 14 a 17 anos, nível de escolaridade fundamental e negras. Os dados da Pesquisa do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (2021) demonstram que, entre 2001 e 2015, 25% das gestações foram em meninas com idade entre oito e vinte anos. Em relação à escolaridade, 2,2% eram não alfabetizadas, 10% estudaram entre um e três anos e 35% estudaram entre quatro e sete anos. Somadas estas escolaridades, vemos que quase 50% das meninas estudaram, no máximo, até o ensino fundamental (Paixão, *et al* 2021). Os dados da pesquisa epidemiológica estão de acordo com o que observei no campo.

Em relação às mulheres com interrupção da gestação, o sintoma mais comum é a presença de sangramento. Algumas pacientes chegam com dor mais intensa. Durante o período de campo, pude observar que caso a mulher tivesse induzido a interrupção, havia uma tendência em omiti-la dos profissionais. Sabemos que isso decorre da criminalização da interrupção e do medo de ser julgada moralmente. Parece haver uma diferença de conduta quando a mulher admite a indução. Nessa situação, a equipe médica recomenda sua internação para realização de antibióticos e, se necessário, algum procedimento para esvaziamento da cavidade uterina. Já quando a mulher apresentava leve sangramento, sem revelar se havia induzido a interrupção ou se se tratava de um processo espontâneo, a equipe médica prescrevia medicamentos e recomendava alta com atenção ao sangramento.

A própria equipe relata que é muito difícil identificar uma interrupção induzida com medicamentos. Uma profissional comentou que se a mulher não realiza o pré-natal, a chance de ela ter induzido pode ser maior, na sua percepção. De fato, os profissionais não têm como afirmar se houve a indução da interrupção com misoprostol, a não ser que a mulher assuma que fez o uso do medicamento.

As mulheres que procuraram a emergência com sinais de interrupção da gestação chegavam ao serviço sozinhas, com alguma amiga/irmã ou com o companheiro, não tendo um padrão de acompanhante. Salvo as que chegam com sangramento em grande volume e dor, as demais chegam com aspecto geral bom de saúde. Presenciei duas pacientes que chegaram muito nervosas, a ponto de não conseguir conversar com a equipe antes de se acalmar. Também vi pacientes cabisbaixas, chorosas, tristes.

Em entrevista com os médicos da maternidade, perguntamos qual a conduta deles diante de uma paciente que chega à emergência e verbaliza que induziu a interrupção. Vejamos suas respostas:

A minha conduta é a partir dali eu tenho que agir pra que não aconteça o pior com essa paciente que ela não venha ter uma infecção, que ela não sangre demais, então eu tenho que entrar com antibiótico pra ela. Às vezes, a gente não sabe se ela usou alguma coisa a mais, manuseou alguma coisa a mais, geralmente a gente entra com o esquema de antibiótico e faz o esvaziamento uterino aí pode ser por aspiração ou por curetagem caso tenha tido sucesso no abortamento (Médico 01).

Pra mim a mulher tem o direito de saber o que fazer da sua vida, claro que não deveria ser generalizado, mas quando a mulher chega e fala que manipulou, eu não tô preocupada com o que ela fez, eu tô preocupada com o que pode acontecer. Então a partir do momento que ela fala que manipulou, eu não posso tratar mais como aborto espontâneo, eu tenho que tratar como aborto provocado, mas pensando realmente em doença, pensando em ela pode ficar infectada, ela pode ter febre, eu não sei como foi essa manipulação, então só colocou o comprimido ou fez alguma manipulação, eu tenho que pensar mais nessa abrangência e acaba que a gente faz mais procedimentos nessas pacientes, então as pacientes que chegam com aborto provocado acabam

indo mais para uma cureta, ou AMIU, por que a gente não pode deixar que infeccione, que infecte a cavidade (Médica 03).

Pessoas que são vítimas de violência sexual também entram no serviço pela Emergência. Em caso de gravidez consequente da violência, a paciente tem o direito à interrupção da gestação, conforme garantido pela lei. Diante dessa situação, a paciente agenda um momento com a equipe multidisciplinar, composta por, pelo menos, três profissionais, para relatar a violência sofrida. A equipe precisa aprovar o procedimento de interrupção da gestação resultante de estupro. Outros documentos são preenchidos: Termo de Relato Circunstanciado, Termo de Responsabilidade, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o procedimento e parecer técnico assinado pelo médico. Após os requisitos, é agendada, em comum acordo, a internação da paciente para o procedimento.

Na quarta semana de campo, uma gestante chegou toda arranhada, dizendo que tentou tirar a própria vida após a descoberta da gestação. Era sua terceira gestação. Como não tinha mais ultrassonografia na maternidade nesse dia, o médico disse para ela voltar no dia seguinte e fazer o exame para ver se estava tudo bem com o feto. Refleti sobre a condição de saúde dela, estava correndo risco de vida, pois tentou suicídio, mas não foi acolhida e avaliada quanto à possibilidade de realizar a interrupção legal de gravidez caso ela quisesse. Quando há risco de morte materna, a interrupção é também garantida em lei. Entretanto, nessas situações, a interrupção costuma ser feita de forma tardia e em situações extremas (Rosas, 2019).

Uma participante do nosso estudo, Aila, estava muito triste no momento que conversamos, mas aceitou participar da pesquisa. Sobre a indução da interrupção da gestação, ela diz:

Fiz o aborto porque eu não podia ter mais filho. A médica que fez meu último parto, há um ano e oito meses, me aconselhou a não ter mais filhos, pois o parto foi muito difícil e que eu corria risco de vida. Mas eu não tenho nenhum documento comprovando o que a médica me disse (Aila).

A situação vivida por Aila abre a discussão sobre uma lacuna na assistência a saúde, pois ela foi aconselhada a não ter mais filhos por conta do risco de vida em seu último parto. Este fato não foi documentado pela médica na época, o que a impediu de recorrer à interrupção da gravidez

por risco de vida, mesma situação da gestante que chegou à Maternidade após tentar suicídio por conta da gravidez. Para terem garantido o direito previsto na lei, precisariam de dois pareceres, um de um médico obstetra e outro de um clínico.

A interrupção terapêutica costuma ser feita tardiamente, em situações de extrema necessidade. Parece haver uma dificuldade das mulheres terem suas vidas salvas ainda que a lei as assegure, visto que a segunda causa de morte materna é edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério. Cabe ainda salientar o aborto, que corresponde à quinta causa de mortalidade materna (DATASUS, 2023).

6.3 Internação decorrente do uso do misoprostol

A unidade de internação que recebia pacientes com quadros de interrupção da gestação foi visitada diariamente durante a pesquisa de campo. Esse setor contava com 48 leitos divididos em 16 quartos. Cada quarto tem três camas e três poltronas para o acompanhante de cada paciente. O banheiro fica fora do quarto. O posto de enfermagem tem uma área frontal, onde fica uma enfermeira, os livros de entrada e saída das pacientes, o censo de internação e os prontuários. A área interior do posto tem os armários com itens de rouparia e alguns materiais para assistência. É onde ficam as técnicas de enfermagem, que fazem a programação dos medicamentos prescritos para serem administrados nos horários corretos. As visitas médicas e da enfermagem são diárias.

Após passarem pela emergência, as pacientes que precisam internar para esvaziamento uterino e uso de antibióticos vão à unidade de internação para aguardar serem chamadas no centro cirúrgico, ou vão direto para o centro cirúrgico. Fatores como ocupação das salas do centro cirúrgico e tempo de jejum da paciente podem influenciar o seu destino nesse momento. Ao chegar ao centro cirúrgico, à equipe acolhe a paciente, explica-lhe o que será feito e se coloca à disposição para dúvidas. Antes do procedimento, a paciente é anestesiada e segue para a curetagem, que costuma ser uma parte rápida no processo. Ao acordar da anestesia, a mulher é encaminhada de volta à unidade de internação. Após a curetagem, as pacientes que acompanhei, via de regra, estavam sem dor, medicadas com analgésicos e antibióticos e apresentavam leve sangramento.

Na Maternidade Jandira Magdalena, pacientes que passaram por curetagem ou aspiração manual intrauterina (AMIU) ficam em leitos destinados a esses casos ou com as pacientes da

ginecologia. A depender da conduta médica, a paciente é liberada no mesmo dia, ou 48 horas após o procedimento de curetagem, que ocorre diante da necessidade de concluir protocolo de antibioticoterapia endovenosa. Em nossa observação, maus tratos e tratamento hostil não foram relatados pelas participantes.

6.4 Indo pra casa

As mulheres que internaram para realização de antibioterapia e/ou procedimento para esvaziamento uterino costumam receber alta após a visita médica, que, rotineiramente, acontece pela manhã. Elas não recebem orientações sexuais e reprodutivas nesse momento. No máximo são orientadas a procurar a clínica da família. Conversei com Tássia, adolescente negra de 17 anos, internada para fazer AMIU após perda gestacional. Ela disse que estava de alta, mas não tinha roupa de baixo para ir embora, pois sua mãe havia levado suas vestes para casa e ela usava camisola durante a internação. Emprestei meu celular para que ela ligasse para a mãe informando a alta médica, pois ela só poderia sair da maternidade com o aval da mãe tendo em vista que era menor de idade. Perguntei se ela tinha conversado com algum profissional sobre métodos contraceptivos, ela disse que não. Enquanto sua mãe vinha buscá-la, tivemos uma longa conversa sobre sexualidade e contracepção. A situação ilustra uma lacuna na integralidade da assistência em relação ao planejamento sexual e reprodutivo de Tássia.

Elisabeth Meloni Vieira (1999) critica a forma como o planejamento familiar vem sendo tratado no Brasil. Segundo a autora, as ações de saúde nessa área têm priorizado uma visão amparada na tecnologia para controle da reprodução, ao invés de ações voltadas para humanização, educação e informação.

Investigação avaliou o percentual de gestações não planejadas em oito hospitais públicos das cinco regiões geográficas do Brasil, constatando que 67,5% não tinham sido planejadas. O estudo evidenciou que ser negra e viver em domicílios com número superior a quatro pessoas apresentaram maior probabilidade de ter uma gestação não planejada (Nilson *et al*, 2023).

Katia Silveira da Silva *et al* (2011) identificaram que, 12.168 (17,6%) dos nascidos vivos em 2005 no Rio de Janeiro, foram de mães adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos de idade. Nesse grupo, a gravidez recorrente – considerada para adolescentes que já tinham pelo menos um

filho – correspondeu a 29,1% dos partos. O nível de escolaridade foi baixo (somente 37,8% possuíam oito anos ou mais de estudo) e houve predominância de donas de casa.

Pesquisa conduzida em São Paulo, capital, revelou que 81,1% das jovens entrevistadas com idade entre 15 e 19 anos faziam uso de métodos contraceptivos. A distribuição da utilização dos métodos encontrada foi: camisinha masculina (28,3%), contraceptivo oral (23%), combinação de camisinha e contraceptivo oral (14,7%), contraceptivos injetáveis (13,6%) e outros métodos (1,4%). A pesquisa indica que a farmácia comercial correspondeu a 75,2% do local de acesso aos contraceptivos e 84,1% para o acesso a camisinha. O sistema público apresentou maior predominância para acesso ao contraceptivo injetável. Os dados demonstram que a maioria das participantes do estudo arcam com os métodos contraceptivos, enquanto o SUS deveria ser a principal fonte de atenção à saúde sexual e reprodutiva. O DIU (dispositivo intrauterino) não foi citado por nenhuma participante do estudo (Olsen *et al*, 2018).

Em nossa pesquisa, a procura pelo DIU no SUS foi relatada por Alice da seguinte maneira:

Cheguei a iniciar o processo para colocar o DIU, mas achei constrangedor. Perguntaram até com quantas pessoas eu transei na vida, e disseram que iam me encaminhar para o planejamento familiar. Fiquei constrangida de falar dos abortos no histórico de saúde (Alice).

Outra participante, Joana, colocou o DIU três meses após a interrupção da gestação, recorrendo ao serviço privado de saúde.

O baixo uso de DIU no Brasil pode estar relacionado com a dificuldade em colocá-lo, pois o processo depende de médicos ou serviços de planejamento reprodutivo. Uma vez que a farmácia comercial correspondeu a 75,2% do local de acesso aos contraceptivos, que são medicamentos comprados sem a necessidade de receita, talvez, estejamos diante do processo de autoatenção à saúde, caracterizados por práticas sem intervenção dos profissionais (Menéndez, 2003).

Raquel Elias da Trindade *et al* (2021) observaram que as mulheres mais escolarizadas utilizam mais o DIU em relação às outras. Quando comparadas as de menor escolaridade, a diferença corresponde a seis vezes. Entre as mulheres que utilizam o serviço de saúde suplementar, o DIU é usado quatro vezes mais se comparado as que não dispõem desse recurso.

As questões encontradas em campo demonstraram que a integralidade da assistência à saúde das mulheres não se apresenta como realidade para nossa população. Além da criminalização da interrupção da gestação, que afasta as mulheres das unidades de saúde, as que procuram o SUS enfrentam barreiras para obterem informações e acesso ao planejamento sexual e reprodutivo. Esse cenário não nos pareceu restrito aos casos de mulheres que interromperam a gestação, mas para toda a população de mulheres que frequentaram a Maternidade no período do nosso estudo.

7. EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES COM A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

Com relação às mulheres que utilizaram misoprostol para interromper a gestação, foram realizadas 12 entrevistas pela técnica bola de neve (Grupo A) e cinco com mulheres hospitalizadas após o uso do medicamento (Grupo B) (Figura 1). As entrevistas foram abertas, gravadas quando autorizadas pela participante. A entrevista foi iniciada com uma narrativa livre, após a pergunta: “como foi a sua experiência com o medicamento?”. As perguntas seguintes foram a respeito dos sinais e sintomas após o uso do medicamento, como ela se sentiu emocionalmente e como foi o pós-interrupção (Apêndice A).

Quanto às entrevistas na Maternidade Jandira Magdalena, quatro mulheres internadas foram entrevistadas após a curetagem e uma antes da curetagem. Três mulheres recusaram o convite para participar da pesquisa e cinco pacientes concordaram em participar após a curetagem, mas disseram que a interrupção foi espontânea. As entrevistas das pacientes com interrupção espontânea foram excluídas do estudo.

As entrevistas incluíram mulheres que utilizaram o misoprostol há, no máximo, dois anos. Durante as entrevistas, algumas participantes informaram que tinham tido mais de uma experiência com o medicamento. Foram entrevistadas mulheres de seis estados (Grupo A): Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo, Distrito Federal, Goiás e Santa Catarina. As participantes tinham entre 18 e 36 anos. A duração média de tempo das entrevistas foi de 30 minutos e todas foram conduzidas pela mesma pessoa.

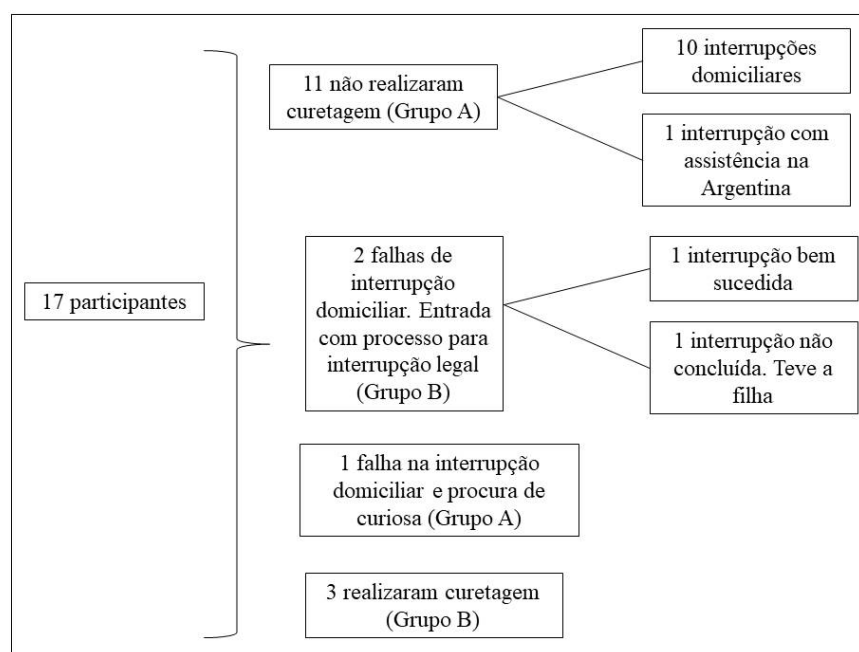
Sobre o número de interrupções até o momento do estudo, onze entrevistadas tiveram uma interrupção, quatro tiveram duas e duas tiveram três interrupções. Todas essas interrupções foram voluntárias. A menor idade gestacional da interrupção foi de seis semanas, enquanto a maior foi de 16 semanas. Duas entrevistadas não sabiam a idade gestacional no momento da interrupção.

Quanto ao número de filhos, três entrevistadas tinham um filho, cinco tinham dois filhos, uma tinha quatro filhos e oito participantes não tinham filhos. Nossas entrevistadas apresentaram diferentes graus de escolaridade, três tinham ensino superior incompleto, cinco tinham ensino superior completo, sete tinham ensino médio completo, uma tinha ensino médio incompleto e uma tinha ensino fundamental. Quanto à raça, sete eram brancas, cinco eram pretas, uma parda e duas participantes não tiveram essa informação coletada pela pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e reprodutivos das entrevistadas

Dados sociodemográficos/reprodutivos	N	%
Idade		
-Menores de 25 anos	4	24
-25 anos ou mais	13	76
Nº de filhos		
- Sem filhos	8	47
- 1 a 2 filhos	8	47
-3 ou mais filhos	1	6
Nº de interrupções da gravidez		
- uma	11	64
- duas	4	24
- três ou mais	2	12
Raça/cor		
- Branca	9	53
- Preta ou parda	6	35
- Não informado	2	12
Escolaridade		
- Sem atraso escolar	15	88
- Atraso escolar maior=2 anos	2	12

Figura 1. Fluxograma das entrevistadas segundo o desfecho da interrupção



7.1 Eu nunca falei sobre isso com ninguém

Lidar com os estigmas e com os julgamentos força às mulheres a manterem segredo sobre o processo de interrupção da gestação. É interessante notar que no âmbito das relações sociais, o medo de ser julgada impede que elas procurem ajuda com pessoas próximas, conforme afirma Ana:

E depois que eu fiz isso, eu falei, cara, não quero nunca mais fazer isso na minha vida, porque foi bem forte, de corpo, de desgaste, emocional também. Essa coisa de você não poder falar abertamente que você está passando por essa dificuldade, por essa situação, é muito duro.

Sueli afirma:

Eu já queria conversar sobre isso há muito tempo. Nunca falei desse assunto com ninguém, além da vizinha que me ajudou, por conta do julgamento que posso sofrer.

Alice explica:

Não falava sobre isso, não falava para qualquer pessoa. Mesmo sem ter problema com o aborto, o lance era ser julgada. Acho importante falar e estou tentando desbloquear o assunto.

Madá relata:

Eu nunca consegui dividir isso com ninguém. No pós-aborto, eu ignorava qualquer tipo de pensamento sobre o processo.

Bia compartilha a mesma percepção: *Nunca contei isso para ninguém. Entrei em contato porque acho que é o momento de falar. O que mais pega é não poder falar sobre isso porque todo mundo acha muito pesado.*

Iara, que precisou de curetagem e foi hospitalizada, teve receio de que seu marido soubesse da interrupção, pois não disse a ele sobre sua decisão:

Não falei sobre isso com ninguém. Avisei a equipe do hospital que meu marido não podia saber, ele não sabe o que fiz.

Além do preconceito, a criminalização e a censura social há os aspectos subjetivos da interrupção da gestação, que, na maior parte dos casos, é penosa. Muito se discute sobre as causas da interrupção da gestação, uma delas, talvez a principal, seja atribuída ao baixo uso de contraceptivos pelas mulheres. A sociedade tem a expectativa que estas controlem sua sexualidade e número de filhos. Na linguagem social é comum nos depararmos com discursos que consideram descuido uma gestação não planejada. Levi-Strauss (p.15, 1960) traz contribuição importante sobre “os fatos sociais não são redutíveis a fragmentos esparsos, eles são vividos por homens e esta consciência subjetiva, bem como seus caracteres objetivos, é uma forma de sua realidade”.

Mesmo que homens e mulheres tivessem o comportamento esperado pela sociedade, a sexualidade flutua entre o objetivo e o subjetivo, é praticamente inimaginável uma população que não falhe em relação às expectativas de cuidado. Os fenômenos sociais são simultaneamente fisiológicos e psicológicos. Nesse sentido, corpo, alma, sociedade, tudo se mistura (Levi-Strauss, 1960).

7.2 Administração do misoprostol e sintomas

Para as participantes do nosso estudo, a utilização do misoprostol foi acompanhada por medo e dor. Mesmo que tenham conseguido interromper a gestação, o processo traz insegurança sobre como o corpo irá reagir, se o medicamento está funcionando, se estão expelindo o conteúdo uterino e se o sangramento está dentro do aceitável. Para as nossas entrevistadas, a tensão envolvida em todo o processo e a dor enfrentada são marcantes, tanto que elas não desejariam passar pela mesma situação novamente. Vejamos alguns exemplos:

Senti uma dor muito forte, eram as contrações mais intensas, vieram como alguns golpes no útero que me deixaram jogada no chão. O fluxo menstrual foi intenso, com tecidos expelidos, tive

febre e calafrios. Com muita febre, fui até o chuveiro, eu ainda não podia ficar erguida de pé, então fui caminhando devagar até que consegui entrar debaixo d'água. Um breve banho foi suficiente para controlar a febre; nesse momento estava com muita dor e com medo de estar tendo uma hemorragia (Ana).

Os quatro primeiros comprimidos foram administrados às nove horas da manhã, em jejum de 12 horas, conforme orientação. O pico das contrações aconteceu por volta das nove horas da noite, com pequeno sangramento. Não expeli nada visualmente detectável. Durante o dia senti salivação excessiva, fraqueza, calafrios e cólicas. As contrações lembram um início de parto. Tive diarreia constante e uma que dor irradiava para as pernas. Pensei que fosse morrer por não ter sangrado quase nada (Clarice).

O processo todo durou em torno de seis horas. Nas primeiras três horas as cólicas foram mais leves, mas depois aumentaram. Me orientaram a ficar de cócoras no chuveiro fazendo força. Foi bem dolorido, tive diarreia, dor nas pernas, chorei com muita cólica. No dia seguinte, fiquei bem fraca. Sangrei bastante, um sangue preto (Alice).

A primeira dose de misoprostol foi às 7 horas da manhã (dois comprimidos via sublingual). A segunda dose de misoprostol foi ao meio dia (dois comprimidos via sublingual). Às 12:10 horas, quando estava amamentando, iniciou o sangramento mais leve. Depois de uma hora e meia, entrei em trabalho de parto, fui para banheira com água quente. Depois de 10 minutos, o feto saiu, mas a placenta não saiu. A moça que estava acompanhando pelo celular me orientou a administrar os últimos dois comprimidos. Após isso, a placenta saiu (Joana).

Eu tomei quatro (via oral) e inseri quatro (via vaginal). Fizemos à noite. Por volta de quatro da manhã comecei a sentir os sintomas. Uma dor muito forte diminuía e voltava forte. No começo da tarde sangrou. Primeiro um sangue ralo, terrível. Depois um sangue grosso que escorria pelas pernas, bizarro. Nos dois dias seguintes tive que usar a fralda geriátrica (Madá).

Coloquei quatro comprimidos via vaginal e coloquei quatro comprimidos embaixo da língua de duas em duas horas, no total foram 20 comprimidos entre 10 da manhã e 10 da noite. Senti

calafrio, os pés gelados. Tive diarreia. Fiz força, mas não aconteceu nada. Estava sem dor. Às 5 horas da manhã acordei com contrações, saiu um líquido. Era a bolsa. Me abaixei para sair o resto. (Bia).

As falas dessas mulheres demonstram que a dor e o sangramento são os sintomas mais comuns, indicando a necessidade de orientações sobre o manejo da dor e sinais de alerta sobre a quantidade de sangramento. De acordo com a Febrasgo (2018) o sangramento se apresenta como sintoma maior no processo de interrupção, no qual o útero se reduz em proporções e fica menor que o esperado para a idade gestacional, enquanto as dores assumem as características de cólicas no intento de expulsar o conteúdo uterino.

A diarreia é descrita como evento adverso comum. Outros efeitos gastrointestinais possíveis são dor, náuseas e vômitos. O sangramento intermenstrual foi reportado após o uso do medicamento (Martinadale, 2014).

As doses e intervalos de administração do misoprostol não apresentaram um padrão (Tabela 2). Há predominância da administração pela combinação das vias sublingual e vaginal. As doses utilizadas variaram entre seis e vinte comprimidos. Nenhuma participante soube informar quantos microgramas tinha em cada comprimido.

Tabela 2: Doses e via de administração do misoprostol

<i>Entrevistada</i>	<i>Idade</i>	<i>Dose de misoprostol</i>	<i>IG</i>	<i>US</i>
Clarice	36	2 via vaginal e 4 via sublingual	6	Sim
Ana	*	10 comprimidos via bucal (não lembrava o intervalo)	10	Não
Conceição	23	8 comprimidos via sublingual (3+3+2 a cada três horas)	8	Não
Sueli	34	2 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	2	Não
Manu	29	2 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	9	Sim
Alice	25	6 comprimidos via sublingual	Não sabia	Não
Joana	34	1 mifepristona, 2 misoprostol via sublingual a cada 4 horas (total 6 comprimidos)	15	Não
Ale	29	3 comprimidos via vaginal e 3 via oral	3	Não
Madá	27	8 comprimidos, 4 via vaginal e 4 via oral	8	Sim
Bia	22	20 comprimidos (4 via vaginal e 4 via sublingual de 2 em 2 horas)	16	Não
Maria	23	3 comprimidos via sublingual e 4 via vaginal	7	Sim
Socorro	25	Administração na Argentina	**	**
Valentina	18	3 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	12	Sim
Sofia	23	2 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	6	Sim
Zoé	27	2 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	9	Sim
Aila	31	2 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	6	Sim
Iara	30	2 comprimidos via vaginal e 2 via sublingual	Não sabia	Sim

Legenda: IG=idade gestacional em semanas; US=ultrassonografia

A Diretriz sobre cuidados no aborto da OMS (2022) recomenda a dose de 800 µg por via vaginal, sublingual ou bucal em países nos quais a mifepristona não está disponível. Há nova recomendação para administração de letrozol 10 mg por via oral diariamente por três dias, seguido de misoprostol 800 µg por via sublingual no quarto dia. É importante destacar que a **gestão farmacológica para os casos de interrupção até 12 semanas** de idade gestacional pode ser feita pela própria usuária, por agentes comunitários de saúde, profissionais de farmácia, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares, enfermeiros, parteiras, médicos associados, médicos generalistas e especialistas.

Para a interrupção farmacológica **em idades gestacionais acima de 12 semanas** sugere-se quando temos disponível somente o misoprostol, usar 400 µg por via vaginal, oral ou sublingual a cada três horas. O misoprostol pode ser repetido no intervalo indicado conforme

necessário para alcançar o sucesso no processo. Os profissionais de saúde devem ter cautela quanto ao parecer clínico para decidir o número máximo de doses de misoprostol em pacientes com incisão uterina prévia. A ruptura uterina é uma complicação rara, com a idade gestacional mais avançada, deve ser considerada a realização de parecer clínico e a preparação dos sistemas de saúde para o tratamento da emergência. Para a interrupção farmacológica **com idade gestacional acima de 12 semanas**, a recomendação é que a gestão da interrupção seja feita por médicos generalistas e especialistas.

As opções de prestação de serviços e abordagens de autogestão recomendam: (a) opção de serviços de telemedicina como uma alternativa para prestar cuidados na interrupção farmacológica, especificamente sobre a avaliação da elegibilidade, aconselhamento e/ou instrução relacionadas ao processo, fornecendo informações sobre a administração de medicamentos e acompanhamento de cuidados após a interrupção. Tendo em vista que as abordagens de prestação de serviços podem ser diversas, é importante garantir acesso à informação cientificamente compreensível em todas as fases, acesso a medicamentos de qualidade, reforçar o apoio ao encaminhamento, se desejado ou necessário, além da escolha apropriada de contraceptivos para pessoas que querem contracepção após a interrupção. Em relação à autogestão da interrupção farmacológica, três componentes são importantes no processo: autoavaliação da elegibilidade (determinar a duração da gravidez; excluir contraindicações); autoadministração de medicamentos fora da unidade de saúde e sem a supervisão direta de um profissional de saúde e, por último, a autoavaliação do sucesso da interrupção.

O processo de autoatenção em saúde, evidenciado em nossa pesquisa, demonstra que o conhecimento sobre a prática da interrupção da gestação com misoprostol ganhou circulação nos anos 1990 e foi apropriado por grupos autogestados de mulheres que se organizam seja para trocar informações seja para oferecer suporte emocional, umas às outras, entre outras demandas que enfrentam, diante da dificuldade de acolhimento pelo serviço de saúde pública. Entretanto, a interrupção é realizada de forma variada, algumas conseguem obter informações e medicamentos de qualidade, enquanto outras não conseguem ter acesso às informações e ao medicamento na quantidade preconizada. Além disso, apesar da maioria das interrupções serem feitas antes da 12ª semana, a partir dessa idade gestacional, idealmente, deveriam ser assistidas por médicos. Foram

relatados golpes pelas nossas participantes na tentativa de compra do misoprostol, o que atrasou a interrupção em algumas semanas.

7.3 Medo de morrer *versus* medo de procurar assistência

A Pesquisa Nacional de Aborto (2023) demonstrou que houve uma diminuição da hospitalização para finalização do aborto, pois em 2016 esta taxa era de 55%, enquanto em 2021 foi de 43%. Esse dado confirma que as mulheres que interrompem a gravidez estão procurando cada vez menos o serviço de saúde. Estudos anteriores evidenciaram que as mulheres que induzem a interrupção são vulneráveis a maus tratos e denúncias pela equipe de saúde (Zordo, 2016; Nunes *et al*, 2013; Goes, 2018, Ferreira, 2020). Em nossa pesquisa, Ana, Alice, Madá e Maria colocaram essa questão:

Nesse momento eu estava com muita dor e com medo de estar tendo uma hemorragia, fiquei uns 4 ou 5 dias sangrando muito forte e expelindo coágulos. Morria de medo de precisar de ajuda do hospital público, ficava pensando em que desculpa iria dar, enfim, muito medo, mas não foi preciso (Ana).

Procrastinei a ida ao médico por medo de represália. Não iam ter como provar, mas ia ter um constrangimento. No segundo aborto que fiz estava com três meses. Tomei os medicamentos, senti cólicas, dor e vontade de fazer xixi. Não fiz curetagem nem fui ao médico. Não sabia da importância de procurar assistência no pós-aborto, mesmo se soubesse, teria medo. Após três horas da administração dos medicamentos, vomitei, tive diarreia, fiquei caída no chão do banheiro com a boca roxa, após três horas expulsei o conteúdo intrauterino. Tive muito medo, estava longe, em uma área rural. Parecia que eu ia morrer (Alice)

Tinha muito medo de precisar internar e fazer curetagem. Se o aborto fosse tratado como uma questão de saúde pública, não teria esse medo. Se o Estado tratasse disso, poderíamos procurar assistência de maneira digna e ninguém precisa saber (Madá).

O fato de ser ilegal traz medo de falar, medo de morrer, medo de buscar ajuda. Meu maior medo era precisar de atendimento, precisar de ajuda. Ninguém pode falar sobre esse assunto (Maria).

Arilha (2012) destaca que a interrupção da gestação com o misoprostol se tornou uma forma, dentro do contexto da criminalização, das mulheres concretizarem suas decisões sobre a vida reprodutiva. O relato de Clarice indica exatamente esse contexto:

Apesar das dores e tensões com o abortamento com o misoprostol, preferi ter autonomia sobre o processo a ter interlocução com alguma instituição. Considero que a interrupção com o medicamento, apesar dos sintomas, me permitiu estar no controle da situação, o que não seria possível se procurasse uma clínica e fosse submetida à sedação, por exemplo (Clarice).

Nossas participantes lidaram com o medo de morrer e ter alguma complicação para sua saúde, mas ficaram aliviadas quando os sintomas abrandaram e não precisaram buscar o serviço de saúde. Algumas mulheres foram orientadas a procurar o serviço de saúde em caso de sangramento intenso, descrito como “usar mais de dois absorventes normais por hora durante mais de duas horas, se estiver sangrando como se fosse uma torneira aberta“, febre igual ou superior a 39°C ou se tiver mais de 24 horas com temperatura corporal em 38°C, corrimento vaginal com mau odor e dor sem alívio após uso de analgésicos. Caso precisasse se dirigir a uma unidade de saúde, não deveria dizer que fez uso do medicamento.

Investigação conduzida nos Estados Unidos avaliou as complicações de mulheres que usaram o misoprostol para interrupção da gestação até a décima semana. Entre as 568 mulheres participantes da pesquisa, 14 apresentaram sangramento com o uso de mais de dois absorventes por hora, duas apresentaram febre igual ou superior a 38,5°C, uma apresentou secreção vaginal fétida e 14 apresentaram dor persistente após a interrupção, o que demonstrou baixa incidência de sintomas graves. As participantes foram orientadas por profissionais de saúde sobre a forma de utilização do medicamento e tiveram acesso ao medicamento sem risco de falsificação, fatores que contribuem para melhor desfecho em relação à interrupção da gestação e aos sintomas (Johnson *et al*, 2023).

Faúndes *et al* (1996) avaliaram a taxa de infecção após a interrupção da gestação com misoprostol se comparado a outros métodos, concluindo que as mulheres que interromperam a gestação com o medicamento apresentaram doze vezes menos chance de evoluir com esse quadro. Questionamos essa questão em entrevista com médico obstetra, que pontuou:

Tem uma coisa chamada de aborto infectado, você entra com o antibiótico e esvazia o útero, às vezes ela melhora o exame de sangue e para de ter febre, você resolveu o caso, mas às vezes demora muito a procurar e pode acontecer dessa infecção se tornar o quê: cair no sangue, bacteremia, sepse, infecção generalizada e nesse caso ela não vai melhorar enquanto você não tirar o foco, e qual é o foco? O útero da paciente. E ela perde o útero pra não perder a vida, já teve caso que mesmo tirando o útero infelizmente a paciente perdeu a vida pela infecção generalizada (Médico 01).

Segundo a Febrasgo (2018), o abortamento infectado resulta, quase sempre, da tentativa de esvaziar o útero através de técnicas inadequadas e inseguras, por exemplo, inserção de sondas, agulhas, e soluções variadas. O sangramento costuma apresentar aspecto aguado e odor fétido. Os sintomas, geralmente, são febre em torno de 38°C e dor média, com cólicas intermitentes. Se a sepse se instala, a gravidade aumenta e o estado geral decai, apresentando altas temperaturas refratárias à medicação, calafrios, desidratação, hipotensão, taquicardia, entre outros.

No âmbito da assistência à saúde, o Ministério da Saúde publicou, em 2005, a Nota técnica sobre a Atenção Humanizada ao Abortamento, que destaca:

Para grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que para outras mulheres a gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro (p.7).

A norma técnica (Ministério da Saúde, 2005) enumera os requisitos para o atendimento das mulheres em situação de interrupção da gestação, entre eles: o acolhimento, atenção prioritária com atendimento multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a sua dignidade, liberdade, autonomia, autoridade moral, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações

de quaisquer naturezas que possam negar e desumanizar o atendimento. Há, ainda, um ponto importante no documento sobre o sigilo profissional, destacando que:

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde **não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético**, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher. É crime: “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (Código Penal, art. 154) (p. **grifo nosso**, p.14)

Relatório da Universidade de São Paulo (USP) (2022) analisou os processos judiciais relativos à autointerrupção da gestação (artigo 124) ou aborto consentido (artigo 126)⁹ do Código Penal e constatou que, houve, em média, 400 novos processos por ano em todo o Brasil. Especificamente no Rio de Janeiro, foram identificados 78 processos ativos pelos mesmos artigos, acrescidos os artigos 125¹⁰ e 127¹¹, entre 2005 e 2017. Em se tratando do uso do misoprostol, cerca de 20 mulheres processadas usaram o medicamento. O relatório da Defensoria Pública Geral do Rio de Janeiro (2018) indica que, em geral, a investigação foi iniciada após a denúncia do próprio hospital ou de familiares que não sabiam como proceder em relação ao feto. Somente um caso de denúncia foi feito pela rede privada de saúde, as demais foram feitas por unidades do SUS. Importante destacar que entre as mulheres denunciadas, nove finalizaram a interrupção no serviço de saúde. Entre as que usaram misoprostol, a menor idade gestacional foi 10 semanas e a maior foi 38 semanas. Nenhuma foi presa preventivamente, duas pagaram fiança (R\$ 400 e R\$ 8.130 reais). Nenhuma mulher denunciada possuía antecedentes criminais na data dos fatos.

⁹ O Art 126 estabelece a penalização por provocar aborto com consentimento da gestante – aborto provocado por terceiro.

¹⁰ O Art 125 estabelece a penalização por provocar aborto, sem o consentimento da gestante – aborto provocado por terceiro.

¹¹ O Art 127 diz respeito às penas cominadas nos dois artigos anteriores (Art 125 e Art 126) são aumentadas em um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas lhe sobrevém à morte.

Fica evidente que a mulher que interrompe a gestação e procura o serviço público de saúde pode sofrer denúncias por parte dos profissionais. A análise da Defensoria Pública do Rio de Janeiro demonstrou que idades gestacionais avançadas foram alvo de denúncias. Não sabemos quais barreiras foram enfrentadas pelas mulheres que fizeram a interrupção tardia e observamos o desrespeito à Norma técnica do MS quanto às denúncias. As mulheres sabem que, além sofrerem maus tratos, correm o risco de serem denunciadas. Em uma situação de vulnerabilidade de saúde, mas sem sintomas preocupantes, a tendência é que não procurem assistência.

7.4 Solidão

Quartos de hotel, banheiros e a própria casa são descritos pelas participantes do nosso estudo como locais onde a interrupção da gestação aconteceu. A presença dos filhos em casa enquanto o processo acontecia foi descrita, o que se tornou uma preocupação adicional, tanto em não transparecer o que estava em curso, quanto em manter os cuidados necessários com os filhos. A maioria das vezes, a interrupção acontece em completo sigilo. Os relatos de nossas participantes descrevem as situações:

Estava sozinha em casa. Quando sangrei, comecei a chorar, a cólica começou umas duas horas depois. Senti uma dor insuportável por uma hora. Chamei a ambulância, eles não vieram. Achei que fosse morrer pela dor, estava completamente sozinha. Chorei desesperadamente, um choro da alma. Tive calafrios e diarreia (Ale).

Fui para um hotel e fiz tudo sozinha. Coloquei quatro comprimidos via vaginal e coloquei quatro comprimidos embaixo da língua de duas em duas horas, no total foram 20 comprimidos entre 10 da manhã e 10 da noite (Bia).

O processo todo durou em torno de seis horas. Nas primeiras três horas as cólicas foram mais leves, mas depois aumentaram. Me orientaram a ficar de cócoras no chuveiro fazendo força. Foi bem dolorido, tive diarreia, dor nas pernas, chorei com muita cólica. No dia seguinte, fiquei bem fraca. Sangrei bastante, um sangue preto. Fiz o aborto no banheiro de casa, e depois de um mês,

acolhi uma mulher que não tinha onde fazer o aborto. Se desse qualquer problema, era a vida dela e a minha em risco (Alice).

Eu fiz de tardezinha [...], de madrugada que começou as cólicas fiquei com muita cólica, muita cólica muito forte, não sei se era contração não sei, mas era muita dor e quando foi de manhã, e como só mora eu e meu filho, ele viu que eu não tava bem, ele já fala, já pede ajuda, e ele começou a ficar nervoso falou que ia me levar pra o hospital, falei calma filho, tentando acalmar ele porque eu não podia falar pra alguém o que aconteceu, eu decidi que iria ser sozinha e ia ser sozinha. Ai ele calma, mãe vou te ajudar, vou te ajudar! (Maria)

Os relatos de nossas entrevistadas corroboram com investigação conduzida por Wendell Ferrari e Simone Peres (2020), que ao acompanharem os itinerários da interrupção da gestação entre adolescentes, identificaram que a maioria procurou a clínica para o procedimento ou fez uso do misoprostol sozinha.

7.5 Esse filho teria pai?

O papel da mulher associado à maternidade sempre foi preponderante em relação ao papel do homem na paternidade. A gravidez, o parto e amamentação são exclusivos das mulheres, porém, outras demandas de cuidado podem ser assumidas pelos pais. Os relatos das entrevistadas demonstram que parte dos companheiros não assumiu sua participação na gestação ou nem sequer ficou sabendo da mesma e da decisão de sua interrupção. Outras compartilharam a descoberta da gravidez e a decisão pela interrupção da gestação com os companheiros, conforme relatados abaixo:

O parceiro estava distante, eu tinha medo de falar para ele. Liguei para ele o avisando (da gravidez), ele tentou me culpar. Eu respondi que ele sabia que corríamos esse risco. Cai num golpe, paguei pelos comprimidos e a pessoa sumiu. Revelei a gravidez a minha mãe e disse que iria interromper, ela me aconselhou, disse que o filho é da mãe, que o pai, no máximo ajudaria com pensão (Manu).

Não foi uma decisão fácil, nem imediata. Amo muito os meus filhos, mas sou mãe solo. Vivi uma gravidez sozinha, o meu companheiro me abandonou na gravidez (Sueli).

Engravidei do meu ex-namorado, que era uma pessoa tóxica. Fui ao médico para fazer os exames, num primeiro momento ele (namorado) aceitou a ideia de seguir em frente com a gravidez. Depois mudou de ideia, disse que eu ia acabar com a vida dele. Ele me esculachou (Ale).

Estava fazendo controle da fertilidade há um ano. Começamos a ter uma crise porque o cara não queria usar camisinha. Sabia que estava na semana fértil, ele também sabia, mas ele forçou a situação e gozou dentro. O meu ex (na época era meu companheiro) disse que eu queria abortar porque o filho não era dele (Bia).

As falas de nossas entrevistadas demonstram a falta de responsabilidade dos parceiros em relação à prevenção da gestação e após ela ter acontecido. Historicamente, as ideias e práticas voltadas ao controle da reprodução tomaram o corpo feminino apenas sob o ponto de vista “ser mãe/não ser mãe”, responsabilizando exclusivamente as mulheres pela prática contraceptiva (Pitanguy, 1999). Se olharmos para os métodos contraceptivos que podem ser utilizados pelos homens, temos o preservativo e a vasectomia, por outro lado, há inúmeros métodos contraceptivos para as mulheres. Ou seja, a gravidez é vista predominantemente como um problema da mulher.

Há uma contradição entre a expectativa da sociedade sobre as mulheres no que diz respeito ao planejamento familiar e a realidade da oferta de informações e escolhas pelo sistema de saúde, que ainda as enxerga como objetos de controle da reprodução. Segundo Mariana Felisbino-Mendes *et al* (2021) o uso de preservativos de forma consistente entre os homens foi de 22,8%. Em relação à vasectomia, a distribuição por 100.000 habitantes foi de 65,5 em 2015 e 109,9 em 2019 (Badalotti-Teloken *et al*, 2021).

Na população feminina, o uso de métodos contraceptivos foi superior a 80%. O método mais utilizado foi o contraceptivo oral (34,2%), seguido dos métodos cirúrgicos (25,9%). Chama atenção o baixo percentual de DIUs (Trindade *et al*, 2021).

7.6 Desigualdade de gênero

Segundo a OMS (2022), todos os indivíduos têm direito a não discriminação e à igualdade no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, a lei não permite a interrupção da gestação voluntária, levando aos procedimentos feitos em casa ou feito por terceiros. Cabe salientar que as consequências de uma gravidez são distintas para as mulheres e para homens (Miguel e Biroli, 2014). É indiscutível que o papel da maternidade é atribuído como algo natural, enquanto os homens não são exigidos com a mesma responsabilização em relação ao papel paterno.

Os dados sobre pais ausentes do portal da transparência apontam que, entre 2016 e 2022, 5,4% das crianças não tinham, sequer, o nome do pai no registro, o que os caracteriza como pais ausentes, ou seja, são 1.022.818 crianças privadas do direito a filiação paterna. Investigação desenvolvida pelo Datafolha, publicada pelo Jornal Folha de São Paulo (2023) divulgou que 55% das brasileiras são mães sozinhas.

Outros fatores afetam a vida das mulheres com filhos, por exemplo, acesso a creche e escola para deixar os filhos enquanto trabalha. Entre as mães sozinhas, 18% estavam desempregadas, enquanto entre as casadas ou com companheiro, a proporção cai para 8%. Isso afeta a renda média das famílias, visto que 44% das mães sozinhas com filhos até 12 anos de idade possuem renda mensal de até R\$ 1.212, enquanto entre as casadas ou com companheiro, esse índice é de 21% (Datafolha, 2023).

Na percepção de nossas entrevistadas, as mulheres são vistas como culpadas pela gestação não planejada, e a sociedade coloca sobre elas o peso das decisões tomadas. Vejamos os relatos de nossas interlocutoras:

Nunca me senti feliz com isso, parece que estou errando, acho que é uma pressão social. Ninguém teve atenção nenhuma comigo, a sensação que tive é foda-se a mulher. Eu carrego um peso que não deveria ser meu. A sociedade deveria nos apoiar, eu tenho que decidir, eu tenho que me virar. Se aconteceu, a culpa é dos dois. Eu não consigo explicar, é um peso e um alívio ao mesmo tempo (Ale).

A questão da falta de amparo escancara a vulnerabilidade feminina em vários aspectos, sentimental, financeiro, de saúde e política. Diz respeito ao nosso futuro, não é só uma questão

superficial de “acabar com uma vida”. Foi-se esse tempo. Cuidar de uma criança é um trabalho coletivo, é uma responsabilidade. E eu me cuidava, tomava contraceptivo. Mas a culpa é sempre da mulher, problema seu, você fez, você se vira (Madá).

Às vezes tenho crises momentâneas de choro, quando vejo algo que me gera gatilho. Eu não queria ser mãe “sozinha”. Tinha também a questão de contrato de trabalho, mestrado, um monte de coisas, estudando e trabalhando, a vida assim a mil, e tava certa que não era aquele momento (Ana).

Tenho duas filhas. Ano passado, quando minha filha mais nova estava com três meses, engravidei. Não tinha condições psicológicas de levar à gravidez a diante. Tinha muita certeza que era o que eu queria, lembro com certo pesar, mas penso se isso é meu ou da construção social sobre o tema. Não me arrependo, não sofro. Eu sei por que eu fiz (Joana).

Engravidei na primeira relação sexual. Vi o que minha mãe passou para criar três filhas sozinha, meu pai morreu. Depois minha mãe teve o quarto filho. Senti que a história ia se repetir. Eu poderia ter me prevenido. Não quero ter filho, nunca quis. Por mim eu já ligava as trompas. Minha vida ia parar, tudo muda após um filho, é muita responsabilidade (Valentina).

Foram tantas coisas que levaram a fazer, o desespero de ter outro filho, a situação que eu passo com meus três filhos. O desespero foi muito grande, depois vem à culpa, a tristeza, eu nunca vou conseguir esquecer. Sou a responsável pelos meus três filhos (Iara).

7.7 Curetagem após uso do misoprostol

Pudemos observar que as mulheres que procuraram a Maternidade Jandira Magdalena tiveram condições de saúde agudas associada ao uso do misoprostol. Algumas chegam muito nervosas, outras com tristeza evidente, conforme relatou Valentina:

Ontem comecei a sentir muita dor, saiu uma mucosa clarinha. Liguei para minha mãe, disse que estava passando mal. Fiquei com muito medo de morrer, não conseguia colocar o pé no chão, as costas pareciam que iam abrir. Cheguei muito nervosa, a médica me acolheu, reagiu normal,

disse que não estava ali para me julgar e sim para me ajudar. Começaram a sair umas placas de sangue. No ultrassom, apareceram restos (Valentina).

Outra entrevistada afirma que:

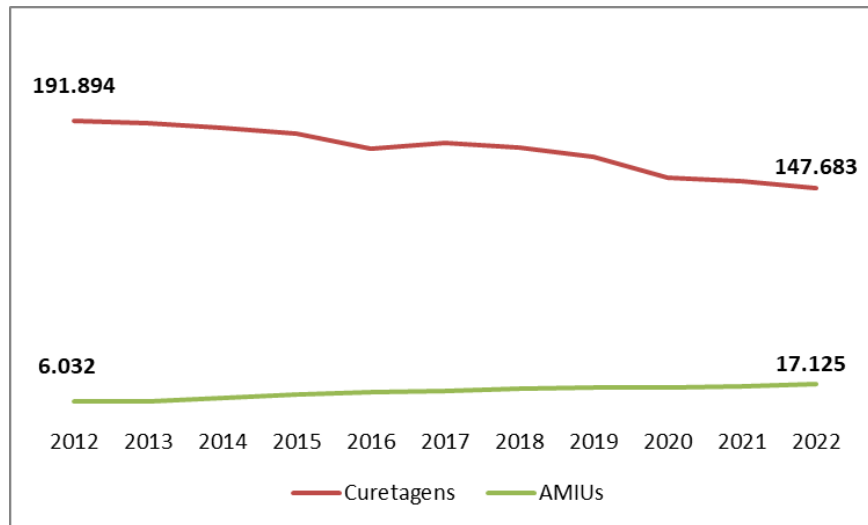
Vim até o hospital semana passada, mas não disse nada sobre o uso dos medicamentos. Me mandaram para casa, disseram que eu poderia aguardar para expelir. Voltei ao hospital e disse que tinha usado os medicamentos. Fui diagnosticada como aborto infectado. Disseram que iam me internar para fazer antibiótico e curetagem, pois o ultrassom mostrou restos placentários (Aila).

Iara compartilhou seu relato sobre a procura pela maternidade:

Senti uma dor como se fosse do parto, uma cólica igual ao parto. A bolsa estourou e depois desceu tudo. Fiquei em casa. Mas comecei a ter febre e dores, então procurei o hospital. Tive muita febre. Cheguei à emergência com a pressão alta, as médicas conversaram muito comigo, pra eu me acalmar e me abrir. Eu não queria contar que usei o remédio, porque sei que tem plantão que trata mal (Iara).

De acordo com a Febrasgo (2018) o abortamento incompleto se caracteriza pela expulsão do concepto e pela permanência da placenta ou restos placentários. O tratamento para gestações até 12 semanas pode ser farmacológico ou mecânico, através da AMIU. Para gestações acima de 12 semanas prioriza-se o esvaziamento uterino com curetagem. Os dados do DATASUS (Gráfico 1) dos últimos dez anos (2012 a 2022) demonstram que houve uma diminuição do número de curetagens e um aumento do esvaziamento uterino por aspiração manual.

Gráfico 01: Procedimentos hospitalares no SUS - 0411020013 Curetagem pós-abortamento/puerperal e 0409060070 esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intra-uterina (AMIU) entre 2012 e 2022



Fonte: Ministério da Saúde (2022). Elaboração própria.

Não é possível distinguir pelos dados do DATASUS quais procedimentos para esvaziamento da cavidade uterina foram decorrentes de uma perda gestacional espontânea ou uma interrupção induzida.

7.8 Falha na tentativa de interrupção após o uso do misoprostol

Três participantes da nossa pesquisa não tiveram resultado com o uso do misoprostol para interrupção da gestação. Duas, Sofia e Zoé, foram vítimas de estupro, mas antes de procurarem o serviço de saúde para a interrupção legal, fizeram uso do misoprostol por conta própria. Nossa terceira entrevistada que não teve resposta com o medicamento, não foi vítima de violência sexual, e procurou uma curiosa após a falha com o medicamento.

Sofia e Zoé decidiram procurar a Maternidade Jandira Magdalena para iniciarem o processo de aborto legal. Conforme afirma Sofia:

Sofri violência sexual e engravidei. Descobri a gestação com seis semanas. Tomei dois comprimidos via oral e coloquei dois via vaginal. Desceu coágulos. Depois de três semanas, comecei a passar mal. Ainda estava grávida (Sofia).

Zoé também relata a violência sofrida e o uso do misoprostol:

Fui estuprada, fui ao baile e acordei numa casa abandonada sem roupa de baixo. Não me lembro de nada. Comecei a ficar enjoada, pensei: tô grávida. Usei o misoprostol, saiu umas placas de sangue, mas a ultra mostrou que não deu certo (Zoé).

Vale destacar os dados alarmantes de violência sexual no Brasil. São 822 mil estupros por ano, dois por minuto. Somente 4,2% das vítimas chegam aos serviços de saúde. A maioria é jovem, com pico de ocorrência aos 13 anos de idade. Importante destacar que as gestações de meninas com idade inferior a 14 anos são sempre decorrentes de estupro de vulnerável, conforme a Lei 12.015/1999, o que deveria garantir o direito ao aborto legal (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2023). Pesquisa realizada por Stella Taquette *et al* (2021) evidencia que o número de meninas que engravidam antes dos 14 anos, vítimas de estupro de vulnerável, é quase três vezes maior do que o número de casos de violência sexual notificados ao SINAN.

Nos anos de 2021 e 2022 foram realizadas, em média, 2.192 interrupções legais no SUS (DATASUS, 2023). Se considerarmos que em torno de 6% das mulheres engravidam numa relação sexual sem prevenção, teríamos 49.320 gravidezes decorrente de estupros por ano. Mesmo que a mulher opte por levar a gravidez a termo, as interrupções legais representam número baixo de atendimentos (Drezett, 2020)

Sobre a gravidez em meninas, enfermeira entrevistada pontuou que “*as meninas chegam para o pré-natal e nem todos os profissionais colocam a possibilidade de interrupção legal da gestação, pois argumentam que a relação foi consensual*” se referindo as meninas grávidas com idade inferior a 14 anos.

Tanto Sofia quanto Zoé iniciaram a interrupção da gestação na Maternidade Jandira Magdalena, mas tiveram desfechos diferentes. Sofia teve resposta após 12 dias de internação e concluiu a interrupção da gestação. Zoé ficou 11 dias internada realizando a interrupção, mas não apresentou resposta, o que fez com que ela se evadisse da instituição. Sua filha, Suri, nasceu durante o período de campo da nossa pesquisa.

Investigamos em entrevista com o médico da Maternidade Jandira Magdalena sobre o tempo de resposta ao misoprostol, pois nossas participantes tiveram uma evolução mais demorada. O profissional argumenta que:

A grande maioria nessa dose que a gente utiliza em 48h tá eliminando, mas já peguei casos aqui de quando mais avançada a gravidez mais difícil de você ter associações imediatas. Às vezes acontece, mas o que eu posso falar pra você é o seguinte: você faz, você faz pausa e espera um pouco, pode acrescentar outros métodos como o método de Krause que a gente chama, que é colocar uma sonda no interior do útero que ajuda bastante. Depois pode voltar a colocar o misoprostol e vai ter o momento que ela vai responder. O caso mais longo que eu tive aqui foram duas semanas que realmente era um anencéfalo. Na verdade, esse anencéfalo assim, ela não tinha uma contração colocando a dose preconizada de misoprostol e só veio a responder duas semanas depois.

Em relação à situação vivida por Maria, que procurou uma curiosa após a falha com o misoprostol, ela relata:

Consegui o número de uma curiosa e foi quando eu consegui fazer o aborto. Paguei bem caro. Só que eu não faço a mínima ideia do que ela tenha colocado dentro de mim. Eu fui de Uber, fui chorando do Uber até lá. Eu tava com medo também porque eu não conhecia ninguém. A pessoa que ia me buscar pra depois me passar pra outra pessoa, tava com muito medo, não parava de chorar em nenhum momento. Era desespero, uma solidão e um desespero ao mesmo tempo. Chegando lá eu deitei ela passou um gel na minha barriga, fiquei na posição de como se fosse parir né e ela injetou alguma coisa dentro de mim. Eu fiquei com muito medo. Eu tava muito assustada e como eu fiz tudo sozinha eu não tinha um meio de procurar alguém pra procurar saber o que era aquilo. Eu tava muito nervosa. Eu não perguntei e ela não me falou o quê que era, mas por fim, fiz o procedimento e fui pra casa.

A procura por curiosa para interromper a gestação após a falha com a tentativa com misoprostol apresenta um ponto importante sobre as práticas para interrupção. Curiosas, no Rio de Janeiro, são mulheres procuradas para interromperem a gestação. Ferrari e Peres (2020) demonstraram que as “clínicas” foram procuradas por adolescentes que quiseram interromper a

gravidez em uma favela da Zona Sul. Souza *et al* (2010), em investigação desenvolvida em Salvador, encontrou práticas para interrupção com injeção de líquidos e colocação de sondas no canal vaginal. Maria Luiza Heilborn *et al* (2012) descrevem a procura por curiosas da seguinte forma:

Itinerários bastante sinuosos para conseguir a interrupção da gravidez e com diversas consequências decorrentes estão presentes nos relatos de moças populares que se situam em posições de maior vulnerabilidade social. Verdadeiros dramas sociais marcam as biografias dessas mulheres. As desvantagens econômicas e sociais as impõem a recorrer a “curiosas” – mulheres que moram em locais periféricos da cidade ou em comunidades faveladas e que usam “um líquido”, “botam uma sonda” e depois o “neném sai”. Estes abortos, em geral, são feitos de forma escondida de familiares e/ou parceiros, mas com o auxílio de amigas (p. 1704).

7.9 Interrompi a gestação na Argentina

Apesar de nossa pesquisa ter a intenção de compreender as situações enfrentadas pelas mulheres com o uso do misoprostol no Brasil, uma participante fez o uso do medicamento de forma assistida na Argentina. Conduzimos a entrevista pensando sobre como teria sido sua experiência com a interrupção dentro de um sistema de saúde que atende mulheres que desejam interromper a gestação até a 14ª semana. A interrupção da gravidez até a 14ª semana foi descriminalizada na Argentina em 30/12/2020, em votação no Senado Federal, com 38 votos a favor e 29 contra. Desde então, os serviços de saúde se empenharam em desenvolver, programar e avaliar as práticas para o cumprimento da lei. Se compararmos os dados de mortalidade materna relacionada ao aborto antes da lei e após lei, a redução foi de 28 mortes (média entre 2017 e 2020) para 13 em 2021 (Romero *et al*, 2021). Socorro, nossa entrevistada, foi até a Argentina para realizar a interrupção da gestação e compartilhou sua experiência:

Quando descobri a gravidez, entrei em pânico. Vi como seria para ir à Colômbia ou Argentina, tentei grupos que vendiam misoprostol, mas tive medo de receber o medicamento falso. Consegui o contato de uma clínica na Argentina, marcamos uma entrevista por vídeo, sobre meu histórico de saúde, informações sobre o procedimento e exames. Fiz um ultrassom e alguns exames de

sangue. Passei também por avaliação psicológica. Havia dois métodos para a interrupção: AMIU ou medicamentos. Também conversamos sobre métodos contraceptivos, e optei por colocar o DIU logo após o procedimento. Eu tinha muito pouco tempo para ficar lá. Viajei sozinha. Cheguei pela manhã, estava em jejum, fui recebida por uma enfermeira que me perguntou mais algumas informações, um questionário. Tomei dois comprimidos de misoprostol via sublingual. Em 30 minutos, senti enjojo, dor, cólica e sangramento. O misoprostol foi muito dolorido. Fui para a mesa da ginecologista. Ela perguntou se eu queria ouvir música. Fez uma anestesia local, doeu muito, e após isso colocou o DIU. No mesmo dia fiquei em luto e aliviada. Após um mês, marcamos uma consulta pela internet, para avaliarem a ultrassonografia que fiz no Brasil para ver o DIU.

Ficam evidentes em seu relato o atendimento de caráter humanizado recebido e a criteriosa atenção com suas necessidades de saúde. Seu atendimento demonstrou que o processo de assistência às mulheres que desejam interromper a gestação na Argentina abarca o momento anterior, durante e pós-interrupção. No momento anterior, seu histórico de saúde (tipo sanguíneo, alergias, antecedentes familiares, histórico obstétrico) e dados pessoais foram avaliados. Também houve uma consulta com psicóloga. Quando os resultados dos exames ficaram prontos, houve uma nova consulta para reavaliação, conversa sobre os métodos para interrupção da gestação e também sobre os métodos contraceptivos, pois caso fosse de interesse da paciente, o serviço de saúde poderia organizar os procedimentos para o mesmo dia. Durante o atendimento, não houve nenhum tipo de constrangimento entre a paciente e as profissionais, pelo contrário, as profissionais foram descritas como acolhedoras e solícitas o tempo todo. Durante a interrupção, a paciente teve dor, foi reavaliada e medicada. Após a interrupção, foi feita a colocação do DIU, conforme escolha da paciente durante as consultas pré-interrupção. Segundo Socorro, as enfermeiras seguraram sua mão quando ela sentia dor e a médica perguntou se ela queria ouvir música. Todo o procedimento foi realizado das 9:00 às 15:00 horas. A principal orientação da equipe de saúde no pós-interrupção foi a prescrição de anti-inflamatórios para dor e a realização de uma ultrassonografia após 30 dias, para verificar a posição do DIU.

Por outro lado, no Brasil, as mulheres enfrentam barreiras para conseguirem realizar a interrupção legal da gestação. Há a carência de informações sobre o direito a interrupção legal e a

falta de uma rede que ofereça o serviço. A negação dos profissionais em realizar o procedimento é apontada como um fator que dificulta a oferta de interrupções legais pelo SUS, somadas a condutas punitivas, tendo como exemplo, colocar a mulher no ultrassom para saber se o feto está vivo e a negação dos profissionais na participação do procedimento de esvaziamento uterino, mesmo após a eliminação do conceito (Branco *et al*, 2020). Outros empecilhos foram observados, podemos citar a exigência de documentos desnecessários e procedimentos realizados em números inferiores às demandas das mulheres. Há ainda o despreparo profissional e posições moralistas, implicando em constrangimentos e discriminação na assistência às mulheres (Fonseca *et al*, 2020).

Também é sabido que a chegada das mulheres vítimas de violência aos serviços de saúde é marcada por certa suspeita sobre a veracidade dos fatos. Mesmo após seguirem todos os protocolos institucionais, as mulheres são questionadas novamente sobre a decisão de seguir com a interrupção da gestação. Violências foram identificadas, conforme o relato de uma participante de uma investigação conduzida no Sul do país sobre o processo de interrupção legal:

Diz que a internação foi uma experiência muito difícil, que ficou assustada, sentiu muita dor (...) a pior parte foi ver o feto! Não queria ver, mas o médico insistiu por três vezes e ela acabou concordando (...) conta que aquela imagem a acompanha e que essa foi a parte mais difícil e que acaba voltando em sua memória (Ruschel *et al* 2022, p.8). [...] Outra paciente afirma ter ouvido a médica dizendo que ela deveria levar a gestação a termo e dar a criança para adoção (Ruschel *et al* 2022, p.9).

As barreiras e violências na assistência à interrupção legal da gestação evidenciam que o estigma e a falta de serviços para o atendimento das mulheres com gestações decorrentes de violência sexual as deslocam para procedimentos de autoatenção com o misoprostol e/ou a busca por clínicas clandestinas, o que as coloca em risco aumentado de morte (Branco *et al*, 2020).

8. A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Foram entrevistadas seis enfermeiras que atuam na área de obstetrícia, recrutadas por meio da técnica bola de neve. As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado (Apêndice B). Nenhuma convidada recusou o convite para participar da pesquisa.

Em relação aos médicos, foram entrevistados três médicos obstetras e três médicas residentes em medicina obstétrica em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Três médicos obstetras recusaram o convite para participar da pesquisa. Ou seja, de nove convites, tivemos três recusas e seis aceites. No quadro abaixo (Quadro 01) são apresentados dados sobre a idade, experiência profissional e religião dos entrevistados.

Quadro 01: Profissionais participantes do estudo

Profissional	Idade	Anos de experiência na área	Religião
Enfermeira	41	10	Não tem
Enfermeira	42	10	Evangélica
Enfermeira	37	11	Espírita
Enfermeira	38	10	Católica
Enfermeira	27	2	Não tem
Enfermeira	34	12	Espiritualista
Médico	53	30	Católico não praticante
Médico	60	37	Católico não praticante
Médica	25	1	Católica
Médica	27	1	Católica
Médica	29	1	Católica
Médica	35	8	Católica

8.1 Complicações e conduta clínica diante da autointerrupção da gestação com misoprostol

Apesar da diminuição da taxa de complicações na interrupção da gestação com misoprostol, as mulheres lidam com ausência de informações sobre a dose, intervalos e via de administração; além da possibilidade de receberem medicamentos falsos e da falha na tentativa de interrupção (Oening e Taquette, 2022). Esse cenário pode levar as mulheres a procurarem métodos mais arriscados, como por exemplo, a procura por curiosas, ou seja, pessoas sem

qualificação para realizar tal prática, o que configura um cenário de extrema insegurança para a saúde das mulheres. Vejamos esses pontos abordados por nossos entrevistados:

A chance dela morrer, ter uma infecção generalizada e vir a óbito é muito maior com os métodos antigos. Esses métodos antigos eu vou citar pra você: às vezes elas enfiavam agulha de crochê, talo de mamona, usavam permanganato de potássio, colocavam alguns líquidos. Elas mesmo não, na verdade elas iam nas chamadas curiosas, conhecidas essas mulheres que faziam esses abortos principalmente em comunidades. E essas pacientes chegavam aqui com um quadro praticamente de infecção generalizada [...]eu acho que cada um acaba buscando aquilo que está ao seu alcance. O misoprostol, ele pode vir a causar um chamado aborto infectado na paciente? Pode! Porque não sei como que é feito, como é feito, a assepsia, da situação, mas de uma certa maneira o risco dela vir a ter uma complicação como uma infecção é bem inferior ao como era antigamente. O que ele pode causar mais é sangramento, mas sangramento e hemorragia a paciente costuma vir no momento exato pra ser atendida. E só mais um detalhe, que pode acontecer dela usar e não ter sucesso e com isso, às vezes, a gente fica muito mais preocupado porque ela pode tentar outros métodos, daqueles outros métodos antigos (Médico 01)

Silvia de Zordo (2016) encontrou resultado semelhante em investigação sobre o tema, pois segundo a perspectiva de um médico entrevistado, antes do uso do misoprostol, a taxa de mortalidade era muito maior em relação à interrupção da gestação. Outros dados corroboram com a diminuição da mortalidade materna após o início do seu uso para essa finalidade (Grimes, 2006; Cardoso *et al*, 2020).

Outras médicas explicam que:

O que a gente vê na verdade é que há uma falha, que apesar de ter muita informação sobre no mercado e na internet, existe uma falha, porque precisa ser colocado no lugar certo, manipulado da forma certa, o tempo e as doses. E as doses, às vezes coloca uma dose muito grande, tem um sangramento muito grande, tem uma atonia uterina (Médica 04).

Pode levar a uma infecção, pode levar a endometrite, até a perda do útero. Eu acho muito risco para a saúde da mulher, principalmente por levar a hemorragia e a gente perder o controle (Médica 05).

Sobre as complicações a respeito do uso do misoprostol, nossos interlocutores explicam suas condutas quando as mulheres chegam ao serviço de saúde:

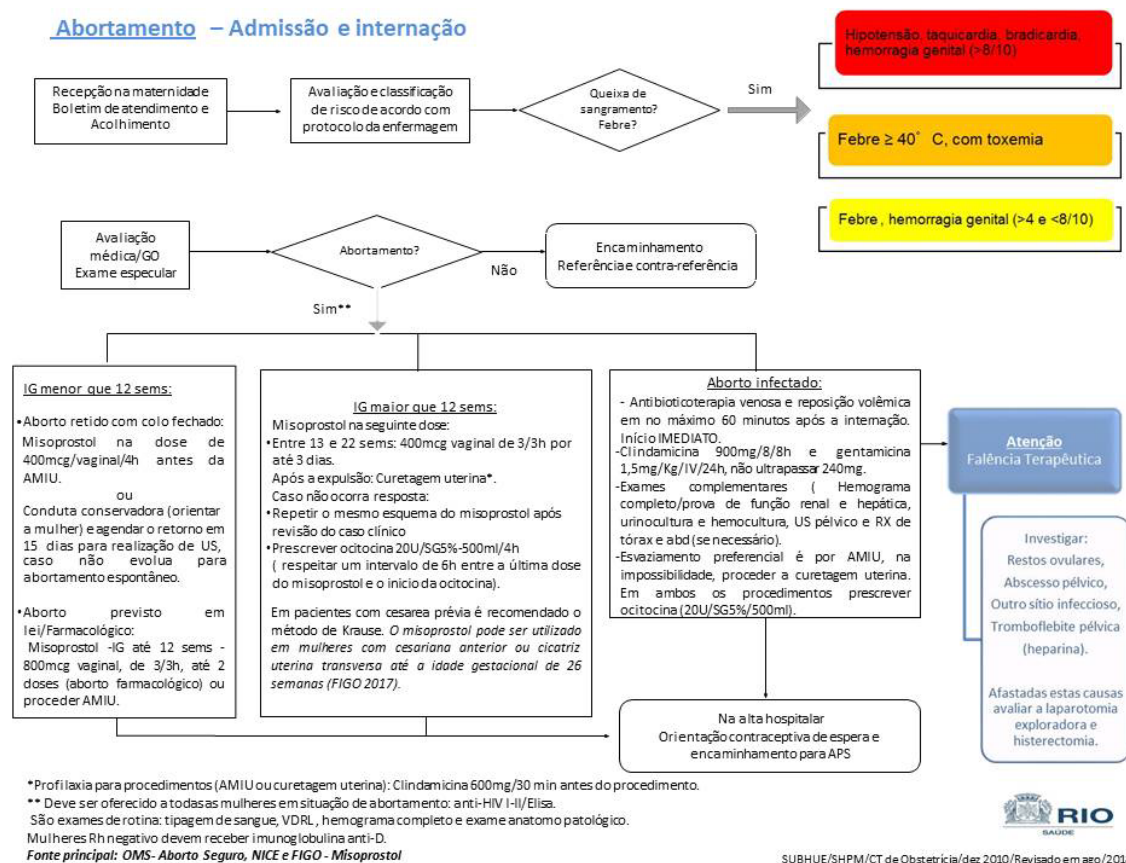
Eu tenho que agir pra que não aconteça o pior com essa paciente que ela não venha ter uma infecção, que ela não sangre demais. Então eu tenho que entrar com antibiótico pra ela. Às vezes a gente não sabe se ela usou alguma coisa a mais, manuseou alguma coisa a mais. Geralmente a gente entra como esquema de antibiótico e faz o esvaziamento uterino. Ai pode ser por aspiração ou por curetagem, caso tenha tido sucesso no abortamento (Médico 01).

Quando a mulher chega e fala que manipulou, eu não tô preocupada com o que ela fez, eu tô preocupada com o que pode acontecer, pensando em ela pode ficar infectada. As pacientes que chegam com aborto provocado acabam indo mais para uma cureta, ou AMIU, porque a gente não pode deixar que infeccione, que infecte a cavidade (Médica 03).

O que eu sempre falo para paciente, que a gente sempre precisa perguntar por que a gente precisa tomar uma conduta mediante a isso. Abordo esse assunto como qualquer outra coisa que ela faça uso, fumar, beber na gestação, preciso saber pra tomar as condutas certas. Estou aqui para orientar (Médica 05).

As possíveis condutas no atendimento às mulheres com interrupção da gestação são baseadas no Fluxograma de atendimento de mulheres com interrupção da gestação da SMS. Fatores como a idade gestacional, incisão uterina prévia e o quadro clínico da paciente direcionam as decisões da equipe sobre o tratamento (Figura 1).

Figura 2: Fluxograma Abortamento SMS Rio de Janeiro, 2018



8.2 Percepções dos profissionais sobre o atendimento nos serviços de saúde

A Pesquisa Nacional de Aborto (2023) demonstrou que as mulheres estão procurando cada vez menos os serviços de saúde após a interrupção da gestação com o misoprostol (Diniz, *et al*, 2023). De acordo com nossos resultados, parece-nos que as mulheres procuram os serviços de saúde somente em caso de intercorrências após o uso do misoprostol. O relato de nossas participantes evidencia essa situação:

*Hoje em dia eu vejo que a maioria que já sofreu aborto não procura as maternidades, porque quando eu faço a entrevista eu pergunto quantas gestações, quantos partos, quantos abortos e se sofreu aborto eu pergunto, se foi espontâneo ou provocado, às vezes elas falam “foi por causa de mim mesma”. Eu aí pergunto, mas como foi pra você, como funcionou, você procurou alguma unidade? Aí elas, “não, fiz e fiquei em casa”. Desde que elas não apresentem muito sangramento e muita dor, elas ficam em casa. Elas não buscam a unidade de saúde. Então a gente sabe que grande quantidade faz, mas só procuram a unidade de saúde aquelas que apresentam alguma complicação. Na própria maternidade que eu atuo, os profissionais julgam mesmo. Eles põem cunho religioso nas coisas, e começam a falar. Então elas têm medo de serem julgadas. **Eu acho também que elas são mulheres invisíveis, ninguém entende o que elas estão passando** (Enfermeira 05).*

*Em geral, a questão do abortamento é vista como uma questão que afeta poucas pessoas. Só que na prática, no serviço, você vê que não é uma questão que a incidência é muito alta. O que chega no serviço, de fato, são aquelas que tiveram intercorrência, né, na maioria das vezes. **Por mais que a gente saiba, que o ideal é que todas as mulheres que usassem o medicamento com a finalidade do abortamento, que elas procurassem o serviço de saúde depois, a gente sabe que a realidade também não é essa.** Eu acho que é um problema de uma magnitude incalculável, porque não chega ao serviço. **A gente só consegue quantificar aquilo que está ali institucionalizado.** Eu acho que essa mulher sofre insegurança, desde a tomada de decisão. Uma decisão altamente desesperada. Então eu vejo essa mulher num processo de insegurança. Quando dá errado ela vai pra unidade de saúde totalmente insegura, totalmente vulnerável. Quando a mulher está nessa situação, elas se sentem penalizadas pelo sistema. Os profissionais julgam inúmeras repercussões imediatas. Ficam muito fragilizadas. Presenciei varias vezes o profissional agindo como pessoa, quando na verdade ele tinha que estar ali apenas tomando uma conduta técnica. Para o profissional, não importa o que aconteceu. Ele precisa fazer a conduta para a situação, para salvar a vida e proporcionar qualidade de vida. Não é o momento de você enquanto profissional, de manifestar enquanto pessoa. É hora de acolher as demandas de saúde, não de questionar as escolhas de quem esta sendo atendido (Enfermeira 06).*

Ao não procurarem os serviços de saúde após a interrupção da gestação, as mulheres que realizam o procedimento sozinhas se tornam invisíveis para o SUS, e conseqüentemente, para a formulação de políticas públicas. Além disso, o sistema de saúde público deixa de oferecer assistência no pós-interrupção, criando um distanciamento das mulheres e deixando uma lacuna de informações e planejamento sexual e reprodutivo em um momento crucial. Isso acontece devido à possibilidade de serem punidas pelos profissionais e denunciadas à polícia. Outros entrevistados pontuam a questão do julgamento e maus tratos que as mulheres podem sofrer ao procurarem assistência:

O atendimento varia de plantão para plantão. As pessoas inicialmente só querem julgar, mas não querem entender a mulher de uma forma geral. Existem casos que eu já peguei de mulheres que foram abusadas e não sabiam que tinham direito ao aborto legal, e tentam recorrer a esse método, talvez por falta de conhecimento mesmo. Outras acabam indo pelo ato de desespero. Só que a equipe, um ou outro, julga. Eu acho que a gente tem que ter aquela visão que eu sou profissional, eu não estou ali para fazer o julgamento. Naquele momento ela se colocou também em risco (Enfermeira 03)

Elas se mantêm, uma boa parte, sem assistência, sem procurar uma assistência com vergonha de alguma retaliação, de algum tipo de maus tratos, né. Então elas acabam não indo. Eu já vi caso de pacientes chegarem com uma infecção porque sangram e acham que já expeliu todo o conteúdo uterino. Ou às vezes elas nem perderam a gestação e muitas vezes elas perderam e ficam restos. E se não foi retirado esse material, às vezes a paciente chega com um quadro infeccioso. Elas têm muito medo, com certeza tem muito medo de ser maltratada e isso é real (Médico 02).

Atitudes punitivas foram relatadas pelos profissionais, como por exemplo, tempo de espera aumentado para pacientes que induzem a interrupção da gestação e pouca atenção a elas. As mulheres são vistas como irresponsáveis por terem muitos filhos e gravidezes não planejadas (Zordo, 2016). Há ainda as situações discriminatórias, atitudes irônicas e ameaças feitas por profissionais que nem sequer sabiam se a interrupção da gestação tinha sido induzida ou

espontânea (Nunes *et al* 2013). As mulheres podem sofrer julgamentos por parte da equipe de saúde, conforme exemplifica uma profissional:

Aquela questão de julgar... de ver de forma... superficial aquilo ali...eu confesso que às vezes eu também penso como elas são capazes disso... mas eu paro... porque eu não tenho que fazer isso... mas eu acho que grande parte dos médicos julgam as pacientes... inclusive eu [...] tento não fazer para não prejudicar a minha relação com elas... mas eu acho que ainda são vistas desta forma clandestina (Zordo, 2016, p. 1750).

Em síntese, os profissionais de saúde têm conhecimento sobre o fato das mulheres que interrompem a gestação não procurarem assistência por medo de serem julgadas e maltratadas. Vale ressaltar que o medo de denúncia à polícia não foi citado pelos profissionais, o que pode ser um indicativo de que para os participantes de nossa pesquisa, o sigilo profissional é respeitado. Entretanto, dados do relatório da USP (2022) demonstraram que as denúncias por parte dos profissionais continuam acontecendo. A observação sobre a invisibilidade das mulheres que interrompem a gestação e não procuram o SUS aponta uma lacuna em termos de saúde pública, pois se o próprio sistema de saúde não conhece em profundidade quais os desfechos e itinerários das mulheres, a formulação de políticas públicas eficazes se torna inviável. O resultado dessa falta de políticas públicas é a autoatenção em saúde, na qual as mulheres resolvem a questão da interrupção da gestação por conta própria, com os saberes leigos sobre o medicamento e não compartilham isso com ninguém.

8.3 Criminalização da interrupção: qual sua opinião?

Os profissionais de saúde e as mulheres que interrompem a gestação são agentes morais autônomos. Entretanto, espera-se que os profissionais, durante o exercício da profissão, priorizem o atendimento das necessidades de saúde da população. Há o direito a objeção de consciência, entretanto essa justificativa não pode ser utilizada na ausência de outros médicos para atender as pacientes, em casos urgentes e que possam trazer danos irreversíveis (Branco *et al*, 2020). Mesmo entre profissionais que são favoráveis a descriminalização da interrupção da gestação por escolha da mulher, uma parcela declara que não faria o procedimento. Investigação realizada em Brasília/DF evidenciou que 63,8% dos profissionais entrevistados não atuariam em serviços de

interrupção da gestação (Rocha *et al*, 2022). Em nossa pesquisa, encontramos relato sobre o tema:

*Eu acho que há muito falso moralismo nessa situação. Porque eu acho que todo mundo, todo mundo não digo, mas a grande maioria se diz contra o aborto até acontecer dentro da sua casa. [...] Eu acho (que o aborto) **deveria ser liberado**, eu talvez não fizesse, não me sentiria bem trabalhando com isso, eu acho que deveriam ter clínicas com profissionais do SUS e aqueles que optassem, que não tivesse de repente crenças nem nada, trabalhassem lá, mas eu sou contra a criminalização do aborto (Médico 01).*

A minha concepção é de que é um feto com vida. E pra mim é um assassinato, porque eu sou católica, e acredito nisso. Mas tem colegas que acham que não. Mas a minha visão é essa. Acho que tem como prevenir. Hoje você tirar uma vida, porque pra mim é só uma continuidade do processo, de uma sementinha que tá crescendo. Se tiver como evitar, não justifica você chegar num assassinato por algo ruim de antes. Não tô falando do que lei, o aborto legal, isso eu nem questiono, eu tô aqui pra fazer, eu faço, porque é um direito da mulher, então é outro parâmetro, agora quando for de uma relação consentida, tudo direito, ela poderia ter evitado, então não dá pra justificar, ela tinha que ter se cuidado, existe no Brasil um SUS forte que dá pra fazer isso. (Médica 06).

Interessante notar que o relato do Médico 01, a favor da descriminalização, deixa claro que ele não gostaria de trabalhar especificamente com interrupções de gestações. O relato da médica 06 demonstra que, apesar de suas convicções sobre a vida a partir da concepção, atribuída a sua religiosidade, ela ressalta o direito à interrupção legal.

As investigações sobre a objeção de consciência no Brasil têm sido desenvolvidas no âmbito da interrupção legal da gestação. Faúndes e Miranda (2016), em pesquisa com 3.337 médicos especialistas, observaram que 85% concordaram sobre a lei permitir a interrupção da gestação decorrente de um estupro. Entretanto, somente 50% deles fariam o procedimento ou prescreveriam medicamentos para essa finalidade. Ainda no que diz respeito à objeção de consciência, pode haver aumento do tempo de espera das mulheres que procuraram os serviços

para interrupção legal, o que prolonga o tempo de permanência na instituição de saúde (Zordo, 2016, Ruschel *et al*, 2022).

Tanto a autonomia das mulheres quanto a inviolabilidade da vida aparecem nos relatos de nossas interlocutoras. Se por um lado, as mulheres têm o direito de escolha sobre o próprio corpo¹², por outro, o embrião é visto como uma vida¹³. Vejamos os relatos:

A mulher tem o direito à escolha, mas em compensação é uma vida que está ali que tão tirando dela viver. A gente esbarra num ponto muito complicado, porque a natureza nos criou assim. Até onde eu tenho direito de interromper uma vida? (Enfermeira 02).

Eu entendo que o corpo é nosso, e a gente pode fazer o que quiser, até por conta de uma questão religiosa pra mim. A partir do momento que há a divisão celular, ali pra mim já tem uma vida. Então se torna um crime pra mim. Fora que assim, a pessoa quando transa com alguém sem proteção, ela entende que ela pode adquirir uma doença sexualmente transmissível. Então é arriscar demais a sua vida pelo prazer da carne, entendeu? Mas o corpo é dela, né? Hoje o discurso é esse, o corpo é meu eu faço o que eu quiser (Enfermeira 04).

De fato, para nossas participantes, a criminalização não inibe a prática da interrupção da gestação. A descriminalização é vista como uma medida que poderia melhorar a assistência à saúde das mulheres, aproximando-as dos serviços e tendo maior controle sobre o processo de interrupção e seus desdobramentos.

Acho que a gente não tem apoio, não tem políticas. As pessoas falam que existem vários métodos pra você não engravidar, você engravida porque quer. Não é assim. Só a gente sabe tudo que a gente passa e que os métodos são falhos. Então a gente não engravida porque a gente quer. E a gente também não tem política suficiente aqui no País para dar um suporte bom pra gente. Então eu acho que deveria sim ser legalizado. Eu acho que se ocorresse a legalização muita coisa que acontece seria evitada. Por exemplo, as mulheres não morreriam por causa disso, não tem

¹² Ver tópico 1.2 para aprofundamento sobre a autonomia

¹³ No tópico 1.3 a inviolabilidade da vida é discutida

necessidade disso. Eu acho que a gente vive numa sociedade muito machista, muito misógina. Então as leis são construídas por homens, para homens. O Brasil tem um falso moralismo imenso (Enfermeira 05).

A criminalização é uma tentativa de controle, então se fosse legal, como seria? Imagina que se fosse legal, todo mundo ia fazer a torto e a direita. Talvez não. Eu vejo que se fosse legal, a gente teria mais controle e faria de uma forma melhor. Porque hoje o que a gente vê é mulher infectando, mulher ficando doente. Por uma coisa que é feita, ela vai ser feita. Clinicas que fazem procedimento têm aos montes, e aí ela vai fazer. E vai dar errado, e ela vai gerar um gasto para o sistema de saúde. Por que essa mulher vai voltar, e quando ela voltar, você médico, você enfermeiro, você hospital vai falar, eu não vou te atender? Não pode (Médica 03).

*Entendo que é sim uma questão de saúde pública. As mulheres que têm complicações correm riscos e geram custos ao sistema de saúde. Enquanto mulher, eu defendo o direito as escolhas. Acho que cada um tem o direito de fazer o que quiser com o próprio corpo. Entendo que eu, enquanto mulher, hoje, não faria um aborto. Mas também não digo que nunca faria um aborto. A gente não sabe o que pode acontecer. **A criminalização afasta as mulheres** (Enfermeira 06).*

Em síntese, as principais questões que emergiram nos relatos de nossos interlocutores dizem respeito: à autonomia da mulher; à valoração moral da vida do embrião; às formas de controle exercidas sobre as mulheres que precisam omitir uma interrupção da gestação por medo de serem denunciadas e sofrerem maus tratos nos serviços de saúde; e à preocupação dos próprios profissionais com a autoatenção à interrupção, que pode levar a situações graves de saúde das mulheres que a praticam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia a precária situação das mulheres que engravidam e não se sentem em condições de levar a gestação a termo. A decisão da interrupção da gravidez é difícil, solitária, carregada de sofrimento e medo. Não são apoiadas por ninguém para levarem a cabo seu intento e recorrem a pessoas não capacitadas para realizar o ato indicado. Depois de fazerem uso do medicamento são surpreendidas por suas consequências, tanto físicas quanto emocionais e jurídicas. As que buscam atendimento em saúde após a tentativa de interrupção da gestação, o fazem em situação de desespero, dor e não raro em risco de vida. São acolhidas precariamente pelos serviços de saúde, têm medo de revelar o acontecido, pois podem ser denunciadas pelo profissional que as atendem. Essa cascata de eventos demonstra uma sucessão de violações de seus direitos decorrentes da criminalização, como o direito à dignidade da pessoa humana, à saúde e ao tratamento sem discriminação.

Ao recorrer ao uso do misoprostol, as mulheres podem sofrer golpes de falsos fornecedores. Algumas conseguem apoio em grupos de mulheres que as orientam sobre a dose, os sintomas e sinais de alerta. Entretanto, as que conseguem o medicamento em comércios populares não conversam sobre o processo com ninguém. Um dos problemas da dificuldade de acesso e de obter informações sobre o misoprostol está na falha da tentativa de interrupção com o medicamento e, após isso, a procura por curiosas, o que as coloca em uma situação de saúde nociva e grave.

Por meio da disciplina e da biopolítica, o biopoder se consolidou como forma de ajuste dos fenômenos biológicos aos processos econômicos. As leis, os aparelhos médicos e administrativos exercem a governança biopolítica. A questão sobre o controle da vida se consolida, no entanto, este estaria focado em uma vida nua, sem considerar a vida política ou ativa. Se o olhar sobre a interrupção da gestação fosse ampliado para a “vida ativa”, definida como vida moral e política, as questões sociais, econômicas, de respeito à maternidade, de preocupação quanto a uma rede de cuidados para seus filhos seriam consideradas e não apenas a questão biológica sobre o embrião ser ou não uma vida. A questão da interrupção da gestação se apresenta como um falso dilema, entre preservar a vida potencial do embrião, e o reconhecimento da autonomia das mulheres em relação ao planejamento de suas vidas, incluindo os aspectos

reprodutivos. Ao que nos parece, a sociedade estaria preocupada com a vida do embrião, sem questionar as desigualdades de gênero ligadas à reprodução da espécie, historicamente atribuídas às mulheres.

As propostas de mudança da lei penal de 1940 - que criminaliza a interrupção da gestação - visando à descriminalização da interrupção da gestação até a 12ª semana foram avaliadas pelo Senado Federal em 2014 e estão sendo analisadas pelo Supremo Tribunal Federal no presente momento, através da ADPF 442. As argumentações favoráveis evocam a saúde das mulheres, enquanto as contrárias, os direitos do embrião. Aparentemente, esta é uma questão insolúvel para o poder legislativo e judiciário, o que não diminui o número de interrupções de gestações autoinduzidas pelas mulheres. Pelo contrário, como essas estruturas de poder argumentam sobre a questão pautadas em convicções religiosas e/ou pessoais e não sob a perspectiva dos direitos constitucionais, as mulheres continuam tendo que lidar com suas demandas de saúde e escolhas de vida sem contar com políticas públicas e com o amparo do Estado. Ora, se a interrupção da gestação é um procedimento clínico que responde a uma necessidade de saúde específica das mulheres, deveria ser garantido conforme o princípio constitucional.

Diante desse cenário, podemos considerar que as mulheres começaram a praticar a autogestão em saúde, pois o conhecimento sobre a prática da interrupção da gestação com misoprostol ganhou circulação nos anos 1990 e foi apropriado por grupos autogestados de mulheres que se organizam, seja para trocar informações, seja para oferecer suporte emocional, umas às outras, entre outras demandas que enfrentam, diante da dificuldade de acolhimento pelo serviço de saúde pública. De acordo com as necessidades de saúde, as mulheres buscaram formas de autoatenção para solucionar a interrupção da gestação.

Se a interrupção da gestação é uma prática difundida em nossa sociedade, o sentido político do misoprostol para a interrupção autoinduzida pode ser pensado ao questionarmos quais as implicações da carência de serviços de saúde sexual e reprodutiva. Isso inclui a assistência dos efeitos pós-interrupção sobre a saúde das mulheres que a praticam e das limitações das escolhas reprodutivas possíveis, mostrando uma lacuna na integralidade da assistência.

A experiência das nossas participantes com o uso do misoprostol foi marcada por dor, solidão, medo de morrer, de procurar assistência e ausência do companheiro durante o processo. Das 17 mulheres participantes que interromperam a gestação, 11 não tiveram contato algum com o sistema público de saúde, ou seja, são invisíveis para as informações em saúde. Em nossa

pesquisa, constatamos que as mulheres que procuraram algum serviço de saúde após a interrupção apresentaram sintomas agudos, como por exemplo, febre, sangramento em grande quantidade e dor intensa. As doses utilizadas de misoprostol apresentaram variação, com predominância da utilização das vias vaginal e sublingual combinadas. Duas mulheres utilizaram misoprostol por conta própria, mesmo tendo direito ao aborto legal, pois foram vítimas de estupro. Outros estudos demonstram a baixa procura pelos serviços de saúde em caso de violência sexual, o que evidencia uma lacuna do sistema de saúde em prestar o acolhimento das vítimas.

Os profissionais de saúde trouxeram aspectos importantes a respeito da utilização do misoprostol pelas mulheres, alguns referiram que a mortalidade por interrupção da gestação diminuiu após o uso do medicamento, que antes usavam sondas, materiais cortantes e soluções cáusticas. Por outro lado, destacam que mesmo que as informações sobre o uso do misoprostol estejam disponíveis na internet, há uma falha grande no processo de interrupção. A falha do misoprostol foi descrita como preocupante por alguns, visto que a partir da falha, a mulher pode procurar por métodos invasivos e de maior risco.

A respeito do atendimento nos serviços de saúde, os profissionais pontuaram que a maioria das mulheres que induz a interrupção da gestação não os procura. Na visão dos próprios profissionais, a baixa procura se deve ao julgamento por parte dos profissionais de saúde e maus tratos que podem sofrer durante o atendimento.

Em nossa investigação, não foram relatadas denúncias criminais das mulheres, o que pode ser um indicativo do respeito ao dever ético do sigilo profissional. Entretanto, relatório da USP de 2022 demonstrou que são feitas, em média, 400 denúncias por ano no país por essa causa. A respeito da criminalização, os relatos de nossos interlocutores evidenciaram o mesmo padrão dos debates no legislativo e judiciário, apresentando o conflito entre autonomia da mulher e direito à vida do embrião. Entretanto, pontos de vista importantes sobre a despenalização foram trazidos, sobre as mortes que poderiam ser evitadas se as mulheres fossem assistidas e sobre a lei penal afastar as mulheres dos serviços de saúde. A despenalização poderia modificar esse afastamento para proximidade das mulheres e oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Ressaltamos que as escolhas relativas à vida reprodutiva são questões de ética privada, fundamentadas na noção de indivíduo como agente moral autônomo. A liberdade de escolha deve ser apoiada pelo Estado, através de políticas públicas. As políticas e ações devem proporcionar os

recursos para que cada indivíduo decida sobre o planejamento da sua vida reprodutiva, assim como tenha a garantia do atendimento as suas necessidades de saúde.

A interrupção da gestação foi demonstrada como uma necessidade. As mulheres que a implementam sentem um peso em falar sobre assunto. Por mais que algumas sintam alívio com a interrupção da gestação, todas lembram com pesar da situação enfrentada e não gostariam de enfrentar essa situação novamente.

Por fim, consideramos que diante da negação desses direitos e de todas as barreiras impostas pela criminalização, as mulheres não encontram outra saída a não ser praticar a autoatenção da interrupção da gestação. Por vezes são apoiadas pelos coletivos feministas e, quando necessitam de atendimento em saúde, de forma geral, são acolhidas pelos profissionais de saúde que as atendem. Neste estudo, os profissionais de saúde, mesmo os que condenam a prática da interrupção da gestação, se preocuparam em primeiro lugar, com a saúde da mulher. Cumpre destacar que esta pesquisa utilizou amostra de conveniência, o que limita o alcance de seus resultados, não sendo possível avaliar em que medida esses podem ser extrapolados para outros cenários. Contudo, acreditamos que traz informações importantes para subsidiar o debate sobre a garantia de direitos e a formulação de políticas públicas de saúde para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. **O Uso dos Corpos**. São Paulo: Boitempo, 2017.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018
- BIROLI, Flavia e MIGUEL, Luis Felipe. **Aborto e democracia**. São Paulo, Editora Alameda, 2016.
- BRANCO, Joly Grassiely de Oliveira Branco *et al.* Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. **Cadernos de Saúde Pública**, 36(Sup 1):e00038219, 2020
- BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Código Criminal do Império do Brasil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acesso em 17/09/2023
- _____. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**.
- _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>> Acesso em 07/09/203
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS/MS nº 348, 10/03/2005**.
- _____. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54** ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde. 2012
- _____. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Interrupção voluntária da gravidez: ADPF 442**. Relatora Ministra Rosa Weber. Brasília, DF, 2019.
- _____. Senado Federal. **Sugestão Legislativa nº 15 de 2014**. Regular a interrupção voluntária da gravidez, dentro das doze primeiras semanas de gestação, pelo sistema único de saúde.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 01, p. 59.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016

_____. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. 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: MS; 2005

_____. Ministério da Saúde. Protocolo Misoprostol. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf>

_____. Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Pais ausentes. Disponível em: <<https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/pais-ausentes>>. Acesso em 17/09/2023

CARDOSO, Bruno Baptista, *et al.* Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos Saúde Pública**, 36(Supl. 1):e00188718, 2020

CECATTI, José Guilherme. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 3, p. 105-111, 2010.

CHAUÍ, Marilena. Mãe, Mulher ou Pessoa: discutindo o aborto. **Lua Nova**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-40, 1984

CITELLI, Maria Tereza de Melo et al. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org). **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro. Fiocruz, p. 57-77, 1998

COELHO, Helena et al. Selling Abortifacients Over the Counter in Pharmacies in Fortaleza, Brazil. **Lancet**, v. 338, n. 8791, p. 247, 1991

CORREA, Marilena Cordeiro Dias Villela, MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1777-1784, 2012

COOK, J. Rebecca et al. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas** [online]. v.10, n.1, p. 171-188, 2002

Defensoria Pública Geral. **Entre a morte e a prisão: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro** / Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Coordenação de Defesa de Mulher dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<<https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/c70b9c7926f145c1ab4cfa7807d4f52b.pdf>>

DINIZ, Debora, MEDEIROS, Marcelo, MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.28, n.6, p.1601-1606, 2023

DINIZ, Debora, MEDEIROS, Marcelo, MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.2, p. 653-660, 2016

DINIZ, Debora. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p. 417-426, 2008

DOMINGUES, Roberto Chateaubriand. Entre normas e fatos, o direito de decidir: o debate sobre o aborto à luz dos princípios constitucionais. In: MAIA, Monica Bara. **Direito de decidir**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 67-104

DOOD, M. Jodie; CROWTHER, A. Caroline. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 4. Art. No.: CD004901. DOI: 10.1002/14651858.CD004901.pub2, 2010

DREZETT, Jefferson. In: ACAYABA, Cíntia e Figueiredo, Patricia. SUS fez 80,9 mil procedimentos após abortos malsucedidos e 1.024 interrupções de gravidezes previstas em lei no 1º semestre de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/20/sus-fez-809-mil-procedimentos-apos-abortos-malsucedidos-e-1024-interruptoes-de-gravidez-previstas-em-lei-no-1o-semester-de-2020.ghtml>>. Acesso em 18/09/2023

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: WWF Martins Fontes, 2009

FASSIN, Didier. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. **Revista Colombiana de Antropología**. v.40, p. 283-318, 2004

FAÚNDES, Anibal *et al.* Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. **Adv Contraception**. v. 12, n. 1, p. 1-9, 1996

FAÚNDES, Anibal, MIRANDA, Laura. “Ethics surrounding the provision of abortion care”, **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005, 2017

FELISBINO-MENDES, Santos Mariana *et al.* Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.24, e210018, 2021

- FERRARI, Wendell, PERES, Simone. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. 36(Supl. 1): e00198318, 2020
- FONSECA, Sandra Costa. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, e00189718, 2020
- FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo/SP: Martins Fontes, 2010. p. 201-222
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método II**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011. p.49 -81
- GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método I**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011. p.296-306
- GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006
- GEERTZ, Clifford. Parte I. Uma Descrição Densa: Por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008, p. 3-24.
- GOÉS, Emanuelle Freitas. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018
- GONÇALVES, Leticia e DIAS, Clara Maria. **O debate sobre o aborto no Brasil: bioética, biopolítica e a Perspectiva dos Funcionamentos como horizonte de justiça**. *Metaxy*, n.2, v.1, p. 1-15, 2017
- GRIMES, David Alan, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **The Lancet**. v. 368. n. 9550, p. 1908-1919, 2006
- HEILBORN, Maria Luiza *et al.* Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7), 1699–1708, 2012
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados. 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/1/Publicacao_preliminar_TD_Elucidando_a_prevalencia_de_estupro.pdf . Acesso em 07/09/2023
- JOHSON, M. Dana *et al.* Safety and effectiveness of self-managed abortion using misoprostol alone acquired from an online telemedicine service in the United States. 2023. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 55, p.4-11, 2023
- JUNGES, José Roque. **Biopolítica como teorema da bioética**. *Revista Bioética*, n.2, v.26, p. 163-171, 2018

LANGDON, Jean Esther. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.19, n.4, p.1019-1029, 2014

LEAL, Arthur. Hospital faz aborto legal de menina de 11 anos grávida em SC após recomendação do MPF. *Jornal O Globo*. 23.6.22.
<https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/06/menina-de-11-anos-que-foi-estuprada-em-sc-consegue-fazer-aborto-diz-mpf.ghtml>. Acesso em 31.3.23

LEAL, Fachel Ondina. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, PS e MINAYO, MCS (orgs) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.127-139

LOWY, Ilana; DIAS, Villela Corrêa Marilena Cordeiro. The "Abortion Pill" Misoprostol in Brazil: Women's Empowerment in a Conservative and Repressive Political Environment. **American Journal of Public Health**, v.110, n.5, p.677-684, 2020

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo/SP: Difel, 1983

MACHADO, Leticia Oening e TAQUETTE, Stella Regina. O uso do misoprostol na interrupção da gestação: revisão de estudos realizados no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3079–3090, 2022

MARTINDALE: **The Complete Drug Reference**. London: Pharmaceutical Press. 2014

MENÉNDEZ, L. Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n.1, p. 85-207, 2003

MENON, Isabella. 7 em cada 10 mulheres são mães no Brasil; metade é solo. *Folha de São Paulo*. 13.05.2023. Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/05/7-em-cada-10-mulheres-sao-maes-no-brasil-metade-e-solo.shtml>>. Acesso em 20/9/23

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo/SP, v.5, n.7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e Guerriero, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1103-1112, 2014

MORAES, Filho Olímpio Barbosa de. **Aborto: classificação, diagnóstico e conduta**. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**; 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 21/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de *et al.* Métodos para indução do parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 8, p. 493-500, 2005

MOREL, Jennifer e MACHADO, Thaine. A regra da Anvisa que prolonga o sofrimento de mulheres. EL PAÍS, 2020. <Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-22/restricao-da-anvisa-impede-acesso-a-tratamento-recomendado-internacionalmente-para-saude-da-mulher.html>> Acesso em 11/03/2023

MORI, Maurizio. **A moralidade do aborto: sacralidade da vida e novo papel da mulher**. Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

NILSON, Vieira Tainá, *et al.* Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários. **Revista de Saúde Pública**. v.57, n.35, p.1-9, 2023

NUNES, Maria das Dores; Madeiro, Alberto; Diniz, Debora. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.18, n. 8, p. 2311–2318, 2013

OLSEN, Maria Julia, *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.34, n.2, p.1-17. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo Abortion care guideline: executive summary**. OMS, Genebra; 2022

PAULA, Bianca. O aborto no Código Penal Brasileiro. **Jus**, maio de 2017. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/57513/o-aborto-no-codigo-penal-brasileiro>>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.

PAIXAO, Santos Enny, *et al.* Cohort Profile: Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS) Birth Cohort. **International Journal of Epidemiology**, p. 37-38h, 2021

PITANGUY, Jacqueline. História, política e conceitos. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, Karen e Costa, Sarah Hawker. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.19-38

PROSTOKOS: misoprostol. Marta Melissa Leite Maia. Laboratório Hebron. Bula Anvisa para profissionais de saúde. 2020. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp>. Acesso em 19/9/2020

RAYMOND, G. Elizabeth et al. Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: a systematic review. **Obstetrics & Gynecology**. v.133, n.1, p.137-147. 2020

ROCHA, Wesley Braga da Rocha *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**. v.23, n.2, p. 387–399, 2015

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

ROMERO, Mariana *et al.* Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal. Proyecto Mirar. Buenos Aires: CEDES, 2023. Disponível em: <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4729/5/9789874886255_esp.pdf>. Acesso em 26/09/2023

ROSAS, Fernando Cristiano. **Principais Questões sobre Aborto Legal. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.** Instituto Fernandes Figueira. 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>>. Acesso em 16/9/23

RUSCHEL, Angela Ester *et al.* Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n.10, p.1-12, 2022

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.** São Paulo: UNESP, 2004

SAFFIOTTI, Heleieth. **Violência de gênero: poder e impotência.** Revinter, 1995

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Fluxograma abortamento.** 2018

SEGATO, Laura Rita. **Las Nuevas formas de la Guerra y el corpo de las mujeres.** México: Pez en el árbol, 2014

SILVA, Silveira da Katia *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil); uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2485-2493. 2011

SILVA, Daniela Fornel de Oliveira *et al.* Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** v. 10, n. 4, p. 441-447, 2010

STRAUSS-LEVI, Claude. O campo da antropologia. In: **Antropologia estrutural dois.** 1960. São Paulo: Cosac Naify. p.11 -43

SUGIMOTO, Yukihiro *et al.* Roles of prostaglandin receptors in female production. **The Journal of Biochemistry**, v. 157, n. 2, p. 73–80, 2015

TAQUETTE, Stella Regina; BORGES, Luciana. **Pesquisa qualitativa para todos.** Petrópolis: Vozes, 2020

TAQUETTE, Stella Regina *et al.* A invisibilidade da magnitude do estupro de meninas no Brasil. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA**, v. 55, p. 103, 2021.

BADALOTTI-TELOKEN, Isadora *et al.* Panorama da vasectomia no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: XXXVIII Congresso Brasileiro de Urologia. Brasília, 2021

TRINDADE, Elias da Raquel *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. 2021. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, n.2, p.3493-3504, 2021

VENTURA, **Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil.** Fundo de População das Nações Unidas. Brasília, 2009

VIEIRA, Meloni Elisabeth. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen e Costa, Sarah Hawker. **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 67-78

UNFPA. **Texto integral do Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Nações Unidas, Cairo, 1994

UNFPA. Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability [Internet]. New York: UNFPA, 2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto. **Aborto no Brasil: Falhas substantivas e processuais na criminalização de mulheres.** TRIALWATCH Relatório sobre mulheres de meninas. 2022

VÉLEZ, Gonzalez Cristina Ana e ARÉVALO, Melo Carolina. **Argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto na Colômbia,** 2019

ZAMBERLIN, Nina. *et al.* Latin American women`s experiences with medical abortion settings where abortion is legally restricted. 2012. **Reproductive Health.**v.9, n.34, P.1-11, 2012

ZORDO, Silvia de. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.7,p. 1745–1754, 2012

Wing, Deborah. A benefit-risk assessment of misoprostol for cervical ripening and labour induction. **Drug Safety.** v. 25, n. 9, p. 665-76, 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Model List of Essential Medicines – 22nd List, 2021. Geneva: World Health Organization; 2021

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para mulheres que autoinduziram a interrupção da gestação

Questões

Bloco 1: Dados sociodemográficos e sexual/reprodutivo

- Idade
- Raça/cor autodeclarada
- Escolaridade
- Ocupação
- Prática religiosa
- Histórico reprodutivo (número abortamentos e filhos)

Bloco 2: Dados sobre a gravidez e a interrupção

- Como foi a sua experiência com o medicamento?
- Qual o tempo necessário para o medicamento apresentar sintomas do seu efeito?
- Quais efeitos você sentiu?
- Qual a dose do medicamento foi utilizada e a via de administração?
- Como você se sentiu durante e após o processo?
- Você procurou atendimento em algum serviço de saúde?

Caso tenha procurado, incluímos a pergunta: Como você descreveria seu atendimento no serviço de saúde?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para profissionais de saúde

Questões

Bloco 1: Dados sociodemográficos e de formação/atuação profissional

- Idade:
- Tempo de atuação na área:
- Prática religiosa:

Bloco 2: Experiências sobre o atendimento de mulheres após a indução da interrupção da gestação

- Como você vê a situação do abortamento autoinduzido com misoprostol? Qual sua percepção geral?
- Você já presenciou a denúncia de alguma mulher que tenha provocado o aborto?
- Qual a sua percepção sobre o atendimento dessas mulheres no serviço onde você atua?

Para os médicos, foram incluídas duas perguntas:

- Quais os riscos para a saúde das mulheres que induzem o aborto com misoprostol você enxerga?
- Qual a sua conduta quando a mulher assume o uso do misoprostol?

Bloco 3: Perspectivas sobre o aborto

- Qual a sua opinião sobre a criminalização do aborto no país?
- Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?

APÊNDICE C – Roteiro para convite de participação na pesquisa e obtenção do consentimento – mulheres que induziram a interrupção

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo/pesquisa intitulado(a): [REDACTED]
[REDACTED] conduzida por
Leticia Oening Machado.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará prejuízo. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta caso não se sinta confortável.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista comigo, em local reservado a ser combinado por nós, onde estaremos sozinhas. Também podemos combinar de realizar a entrevista de forma *on-line*. A duração da entrevista será em média de 30 minutos, podendo ser prolongada por mais 30 minutos, caso seja necessário e será gravada por um gravador digital. A entrevista será composta por alguns dados, como idade, situação conjugal, escolaridade, religião, dados [REDACTED].

A pesquisadora irá solicitar a sua autorização para gravação do áudio da entrevista, e somente poderá gravá-la com a sua autorização. Para gravarmos a entrevista, você pode escolher um nome fictício ou apelido, não mencionaremos seu nome em nenhum momento após o início da gravação. Utilizaremos recurso de distorção de voz. Após a entrevista, a pesquisadora transcreverá o conteúdo para documento em formato de texto, também sem identificação, e destruirá a gravação. Os arquivos escritos serão armazenados por cinco anos.

A pesquisadora cumprirá a legislação e não poderá divulgar as informações das entrevistas de forma identificada, ou seja, a entrevista é confidencial. Além disso, a legislação prevê que o pesquisador não pode utilizar informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos participantes.

O risco da participação nessa pesquisa está relacionado a você sentir-se desconfortável durante a realização da entrevista. Conforme falamos, você pode encerrar a entrevista a qualquer momento ou não responder perguntas desconfortáveis, bastando sinalizar à pesquisadora que não quer entrar no assunto da pergunta. O benefício está relacionado às informações que obteremos sobre as necessidades de saúde das mulheres com esse quadro. Esperamos contribuir com a saúde pública com a realização desse estudo. A sua participação não será remunerada. Os custos com transporte (caso a entrevista seja presencial) podem ser custeados pela pesquisa, não implicando em gastos para a participante.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, arquive os meus dados pessoais e o contato do Comitê de Ética em Pesquisa que lhe fornecerei em folha separada.

Sua concordância em participar da pesquisa será solicitada após a leitura do termo. Ao concordar em participar da entrevista, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos que lhe entregarei em folha separada.

Contatos que serão entregues em arquivo separado:

Contatos do pesquisador responsável: Leticia Oening Machado. Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Maracanã, Bloco E, 7º andar – UERJ. Rio de Janeiro/RJ. Cep20550-013 Email: oening.leticia@gmail.com – Telefone: (021) 993929435.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais – técnica bola de neve

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a): Criminalização do aborto no Brasil e o uso do misoprostol: perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde, conduzida por Leticia Oening Machado. Este estudo tem por objetivo compreender os procedimentos abortivos com o uso do misoprostol em mulheres que provocaram a interrupção da gestação e a percepção sobre o processo de abortamento pelos profissionais de saúde que prestam assistência a esses casos.

Você foi selecionado (a) por desenvolver suas atividades profissionais junto a mulheres que autoinduzem a interrupção da gestação com misoprostol. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

O risco da participação nessa pesquisa está relacionado a você sentir-se desconfortável durante a realização da entrevista. O benefício está relacionado às informações que obteremos sobre as necessidades de saúde das mulheres com esse quadro. Esperamos contribuir com a saúde pública com o estudo. A sua participação não será remunerada.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista comigo, em local reservado a ser combinado por nós, onde estaremos sozinhos. Também podemos combinar de realizar a entrevista de forma *on-line*. A duração da entrevista será em média de 30 minutos, podendo ser prolongada por mais 15 minutos, caso seja necessário e será gravada por um gravador digital. A entrevista será composta por alguns dados, como idade, escolaridade, ocupação, cinco perguntas sobre o atendimento de mulheres após o abortamento autoinduzido com o medicamento misoprostol e, por fim, duas perguntas sobre como você vê a situação das mulheres que induzem o abortamento e procuram atendimento nos serviços de saúde e sua opinião sobre a criminalização dessa prática.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

A entrevista será transcrita pela pesquisadora e a gravação da entrevista será destruída. O arquivo em texto com o conteúdo da entrevista será armazenado por cinco anos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, arquive o termo de consentimento livre e esclarecido. Sua concordância em participar da pesquisa será solicitada após a leitura do termo. Ao concordar em participar da entrevista, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum.

A pesquisadora irá solicitar a sua autorização para gravação do áudio da entrevista, e somente poderá gravá-la com a sua autorização.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos a seguir:

Contatos do pesquisador responsável: Leticia Oening Machado. Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Maracanã, Bloco E, 7º andar – UERJ. Rio de Janeiro/RJ. Cep20550-013 Email: oening.leticia@gmail.com – Telefone: (021) 993929435.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais - Maternidade pública

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a): Criminalização do aborto no Brasil e o uso do misoprostol: perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde, conduzida por Leticia Oening Machado. Este estudo tem por objetivo compreender os procedimentos abortivos com o uso do misoprostol em mulheres que provocaram a interrupção da gestação e a percepção sobre o processo de abortamento pelos profissionais de saúde que prestam assistência a esses casos em um hospital público do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) por desenvolver suas atividades profissionais junto a mulheres que autoinduzem a interrupção da gestação com misoprostol. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

O risco da participação nessa pesquisa está relacionado a você sentir-se desconfortável durante a realização da entrevista por conta do seu envolvimento afetivo com o assunto. O benefício está relacionado à escuta da sua percepção sobre o atendimento a esses casos. A sua participação não será remunerada. Os custos com transporte podem ser custeados pela pesquisa, não implicando em gastos para o participante.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista comigo, em local reservado a ser combinado por nós, onde estaremos sozinhos. A duração da entrevista será em média de 30 minutos, podendo ser prolongada por mais 15 minutos, caso seja necessário e será gravada por um gravador digital. A entrevista será composta por alguns dados, como idade, escolaridade, ocupação, cinco perguntas sobre o atendimento de mulheres após o abortamento autoinduzido com o medicamento misoprostol e, por fim, duas perguntas sobre como você vê a situação das mulheres que induzem o abortamento e procuram atendimento nos serviços de saúde e sua opinião sobre a criminalização dessa prática.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Os dados serão divulgados aos participantes da pesquisa e a Instituição onde a coleta de dados será feita através da publicação de documento público como produto final da pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e o pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos a seguir:

Contatos do pesquisador responsável: Leticia Oening Machado. Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Maracanã, Bloco E, 7º andar – UERJ. Rio de Janeiro/RJ. Cep20550-013 Email: oening.leticia@gmail.com – Telefone: (021) 993929435.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Rubrica do(a) participante da pesquisa: _____

Rubrica do(a) pesquisador(a) responsável: _____

Ao assinar este documento, o(a) participante declara que entende os objetivos, riscos e benefícios de sua participação, e que concorda em ser incluído(a) na pesquisa.

Você autoriza a gravação de voz da sua entrevista? Sim () Não ()

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____