

MARIA DAS DORES SOUSA NUNES

**HISTÓRIAS DE ABORTO ENTRE ADOLESCENTES DE TERESINA: PRÁTICAS,
PERCURSOS E REDE DE APOIO**

BRASÍLIA-DF

2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA DAS DORES SOUSA NUNES

**HISTÓRIAS DE ABORTO ENTRE ADOLESCENTES DE TERESINA: PRÁTICAS,
PERCURSOS E REDE DE APOIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Co-orientador: Prof. Dr. Alberto Madeiro

BRASÍLIA-DF

2012

MARIA DAS DORES SOUSA NUNES

**HISTÓRIAS DE ABORTO ENTRE ADOLESCENTES DE TERESINA: PRÁTICAS,
PERCURSOS E REDE DE APOIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde.

Aprovada em 30 de outubro de 2012

BANCA EXAMINADORA

Debora Diniz Rodrigues- (Presidenta)

Departamento de Serviço Social

Cristiano Guedes de Souza

Departamento de Serviço Social

Soraya Coelho Leal

Departamento de Odontologia

Agradecimentos

Ao Dr Alberto Madeiro pela co-orientação, sabiamente vigilante, nas sugestões e indicações sobre o que eu escrevia, fundamental para manter-me na direção clara do estudo.

À Dra Debora Diniz pela nobre e especial capacidade de orientar, de encontrar meios diversos para atingir diferentes momentos de suas orientandas. Em um deles, estive incluída.

Às amigas, Arryanne Queiróz, Cássia Castro, Daniela Caixeta, Fátima Pires, Livia Barbosa, Luciana Brito, Júlia Albuquerque, Julianna Paiva, Patrícia Alvares e Vanessa Dios, presentes nas reuniões mensais de orientação, e que em seus questionamentos me transmitiram rumos capazes de dar vigor à caminhada.

Resumo

A gravidez na adolescência é geralmente não planejada, não desejada e, por isso, tem grande possibilidade de ser interrompida voluntariamente. A estimativa do aborto clandestino nessa faixa etária é um desafio para regiões onde o aborto voluntário é autorizado por lei somente em poucas situações, como ocorre no Brasil. Este estudo teve como objetivo descrever o fenômeno do aborto clandestino entre adolescentes, desde a descoberta da gravidez até a chegada ao hospital. Para isso, foram caracterizados os métodos utilizados para abortar, os percursos tomados para alcançar tais métodos e as redes de apoio envolvidas na prática abortiva. Trata-se de estudo transversal e descritivo que entrevistou 30 adolescentes internadas para curetagem uterina em dois hospitais públicos de Teresina, no período de 2 de junho a 2 de novembro de 2011. O consentimento livre e esclarecido foi oral e as entrevistas foram gravadas após a confirmação da indução do aborto. A maioria das adolescentes tinham entre 14 e 17 anos, eram solteiras, urbanas, moravam com os pais, tinham baixa escolaridade e registravam idade gestacional de até 12 semanas. Os resultados revelaram que o Cytotec foi o método abortivo preferido pelas adolescentes: 29 (97%) delas usaram entre 3 e 6 comprimidos por via oral e/ou vaginal, e procuraram os hospitais com sangramento vaginal e/ou cólicas intensas seis horas após o uso do medicamento. Apenas uma jovem usou uma mistura de ervas abortivas. Elas compraram Cytotec sozinhas (43%, 13) ou tiveram ajuda de amigo (6, 20%), namorado ou companheiro (20%, 6), em farmácias comuns. O medicamento foi vendido pelo proprietário (45%, 13) ou balconista da farmácia (55%, 16) que deu orientações quanto ao modo de uso. O apoio para as adolescentes irem ao hospital foi dado pela mãe (40%, 12), ou por amiga (30%, 9), ou tia (7%, 2), tendo 7 (23%) ido sozinhas. Houve 3 (10%) complicações graves, o que resultou em um período de internação de até 20 dias.

Palavras-chave: Adolescência; Aborto clandestino; Cytotec; Saúde reprodutiva; Curetagem uterina.

Abstract

Teenage pregnancy is generally unplanned or unwanted, and therefore has a greater possibility to be terminated voluntarily. The estimate of clandestine abortions in this age group is a challenge for regions where voluntary abortion is allowed by law in only a few circumstances, as it happens in Brazil. This study aimed to describe the phenomenon of clandestine abortion among adolescents, from the discovery of pregnancy to the arrival at the hospital. To do this, this study described the methods of abortion, the routes taken to reach such methods and the support networks involved in the practice of abortion. This descriptive and cross-sectional study interviewed 30 adolescents that had been hospitalized for uterine curettage in two public hospitals of Teresina, during the period of June 2nd through November 2nd, 2011. Informed consent was given orally and the interviews were recorded after the confirmation of the induced abortion. The majority of the adolescents were between 14 and 17 years old, single, lived with their parents in urban areas, had little schooling and carried gestational fetuses up to 12 weeks. The results revealed that 29 (97%) of them used between 3 and 6 tablets of Cytotec orally and/or vaginally. Only one adolescent used abortifacient herbs. All of them sought hospital care due to severe cramping, vaginal bleeding or both six hours after the use of Cytotec. They bought Cytotec either alone (43%, 13) or with the help from a friend (20%, 6), boyfriend or partner (20%, 6). Cytotec was sold to them in ordinary pharmacies by the owner (45%, 13) or clerk (55%, 55), who provided instructions of use. The support to go to the hospital was given by the adolescents' mothers (40%, 12), girl friends (30%, 9), or aunts (7%, 2), and 7 (23%) of them went alone. Three (10%) adolescents developed serious post abortion complications, which resulted in a period of hospitalization up to 20 days.

Keywords: Adolescence; Clandestine abortion; Cytotec; Reproductive health; Uterine curettage.

Sumário

1 Adolescência: singularidades e similaridades	8
1.1 Saúde sexual e reprodutiva	10
1.1.1 <i>Direitos reprodutivos e sexuais</i>	12
1.1.2 <i>Assistência à saúde sexual e reprodutiva</i>	13
1.2 Gravidez na adolescência.....	17
1.3 Aborto na adolescência e em outras idades	21
2 Objetivos	28
2.1 Geral	28
2.2 Específicos.....	28
3 Metodologia	29
3.1 Tipo de estudo.....	29
3.2 Locais do estudo	29
3.3 Critérios de inclusão e exclusão	30
3.4 Desenvolvimento do estudo	30
3.4.1 <i>Instrumento de pesquisa</i>	32
3.4.2 <i>Princípios e respeito às adolescentes</i>	32
3.4.3 <i>Atuação da pesquisadora</i>	33
3.5 Proteção, sigilo e confidencialidade	34
3.6 Aspectos éticos	35
4 Resultados	37
4.1 Perfil das adolescentes da pesquisa.....	37
4.2 Métodos para o aborto.....	41
4.3 Percursos do aborto.....	43

4.4 Rede de apoio da adolescente.....	45
4.5 Complicações.....	47
5 Discussão	50
6 Conclusões	60
Referências bibliográficas	62
Apêndice A	75
Questionário semiestruturado	75
Apêndice B	77
Termo de consentimento livre e esclarecido	77
Anexo	78
Autorização do comitê de ética em pesquisa ...	78

1 Adolescência: singularidades e similaridades

Adolescência é o período estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquele compreendido entre os 10 e os 19 anos (1). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente limita-o entre os 12 e os 18 anos, para a especificidade de aplicação da lei às menores de 18 anos ou com a finalidade de excluir a culpa e a pena das menores de 12 anos (2).^{*} A OMS caracteriza ainda o período dos 15 aos 24 anos como juventude, pela situação de vulnerabilidade que essa população apresenta em decorrência de fatores biológicos e socioeconômicos, com necessidades específicas nas diferentes regiões do mundo (3). A faixa dos 10 aos 24 anos é denominada de pessoas jovens (4). O Ministério da Saúde acata as definições da OMS de adolescência, juventude e pessoas jovens (5, 6). Além da delimitação etária, representa-se a adolescência como uma fase de mudanças físicas e psicológicas, notoriamente as sexuais (7), o desenvolvimento da capacidade de pensar abstratamente (1, 8) e o direcionamento para buscas e experimentações que resultará na autoafirmação do ser individual (2, 9).

O conceito de adolescência foi delineado ao longo dos tempos pelas ciências humanas, sociais e da saúde, pautado nas singularidades dessa etapa de transição da infância para a fase adulta. O desenvolvimento pessoal e social da adolescente é, em geral, marcado por vulnerabilidade e risco relacionado ao meio no qual ela se encontra, na medida em que assimila e processa as instabilidades impostas pelas normas e pelos valores culturais, assim construindo sua identidade (7, 8). Dentro dessa proposta conceitual, Arminda Aberastury e Mauricio Knobel (1981) refletem sobre as idas e vindas da adolescente no meio familiar, alternando momentos de independência com momentos de total dependência de referências parentais. Esses estudiosos esclarecem que as adolescentes vão gradativamente adquirindo segurança para sair da fase de muita aproximação da família, cortando os laços infantis que as uniam até adentrar em uma nova fase: a de mais liberdade e intimidade. Esse é um processo continuado que pode ser mais curto ou mais prolongado, a depender das relações familiares e sociais (8).

^{*} Esta dissertação utilizará sempre o gênero feminino quando se referir às adolescentes, independentemente do sexo, embora a norma culta prescreva o uso do masculino genérico.

Outra exigência na construção pessoal é a capacidade de desenvolver um projeto de vida para si. Para que isso seja possível, a educação escolar, direito básico assegurado com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, torna-se elemento fundamental (10). Com a máxima de garantir e de satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem de todas as gerações, em 1990, foi elaborado um documento que reforçou e reafirmou o artigo 26 da referida declaração pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse documento, denominado de Declaração Mundial sobre Educação para Todos, ofereceu perspectivas de melhor desenvolvimento pessoal, ao afirmar o entendimento de que “a educação pode contribuir para um mundo mais seguro e mais sadio”, “que favoreça o progresso pessoal e social”. Além disso, o documento reconheceu que a educação escolar precisava ser ajustada para níveis superiores ao que se encontrava naquele momento. Para isso exigiu a colaboração de todos os governos na busca dos objetivos ali mencionados para o alcance do crescimento autônomo da pessoa (11).

Quanto mais cedo a adolescente for educada, maiores serão as possibilidades de aproveitamento pessoal. Uma recente revisão sobre os determinantes sociais que afetam o desenvolvimento saudável da adolescente verificou que o acesso à educação foi um dos mais importantes para a saúde das pessoas jovens. Para confirmar essa assertiva, o estudo levantou dados americanos, europeus, australianos e africanos realizados nas últimas duas décadas. O aumento do nível de escolaridade esteve relacionado com o adiamento da primeira gravidez para anos posteriores, o espaçamento entre as gravidezes e a maior adesão a métodos contraceptivos (12). Um dos estudos, que utilizou dados demográficos de 22 países da África subsaariana com mulheres urbanas e rurais vivendo em comunidades de tamanho semelhantes, verificou que um nível médio de escolarização local, bem como o grau de educação individual são elementos que reduzem de forma significativa a taxa de fertilidade (13).

O Brasil considera que a educação escolar tem papel fundamental no desenvolvimento humano e, conseqüentemente, no crescimento econômico do país. Assim o Estado reconheceu que a prática pedagógica poderia ser aperfeiçoada e ampliada com base em parâmetros que contribuíssem para a formação e atualização profissional e também, permitissem aos jovens recursos para o exercício

da cidadania. Sob essa perspectiva os Parâmetros Curriculares Nacionais inseriram nos currículos de ensino temas transversais a fim de envolver problemas sociais atuais. Entre esses temas, está a sexualidade, competência do ensino obrigatório, que deverá ser tratada como algo fundamental na vida da pessoa e discutida sob diferentes visões. O debate escolar sobre esse tema está ainda em desenvolvimento e vem demonstrando ser um grande desafio para educadores (14). Sinais desse esforço têm sido registrados por pesquisas demográficas.

A escolarização da população brasileira acima de 10 anos aumentou na última década. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2010 constatou que 97,6% das pessoas de 6 a 14 cursavam o ensino fundamental, obrigatório no país (15, 16). No ensino médio, não obrigatório, estavam matriculadas 86,2% das adolescentes urbanas entre 15 e 17 anos e, somente, 80,7% das residentes em áreas rurais nessa mesma faixa etária. A síntese dos indicadores sociais, cuja fonte é a Pnad de 2009 divulgou que 647 mil jovens brasileiras são analfabetas, 62% delas no Nordeste (16, 17).

1.1 Saúde sexual e reprodutiva

As adolescentes merecem os olhares atentos de todas as sociedades uma vez que representam um quinto da população mundial. Mais de 80% das adolescentes encontram-se nos países em desenvolvimento, em precárias condições de saúde, em especial, a reprodutiva (1, 18). Essa estimativa aumenta para cerca de metade da população global se forem consideradas as pessoas jovens com menos de 25 anos (3). O Brasil, que conta com cerca de 20% de sua população dentro da faixa etária de 10 a 19 anos, vem desenvolvendo e aperfeiçoando políticas públicas de atenção a essa parcela populacional com o objetivo de dar condições ideais de desenvolvimento humano (6, 19, 20).

A saúde integral das adolescentes de todo o mundo foi discutida pela OMS, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pelo Fundo das Nações Unidas de Populações (UNFPA) em Genebra (1995), momento em que se organizou

uma programação que melhor atendesse à saúde das pessoas jovens, especialmente aquelas dos países em desenvolvimento, onde havia uma maior concentração delas. Os integrantes dessas entidades reconheceram que um comportamento humano adulto saudável e duradouro e com repercussões benéficas sobre a saúde pública é resultado das condições vividas na segunda década de vida. Eles identificaram vários desafios para a promoção de saúde e o desenvolvimento das adolescentes nesses países. Entre os desafios encontrados estavam os relacionados com a saúde reprodutiva e sexual, como a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis/Aids e o aumento de gravidezes não desejadas, originando os partos em idades precoces ou os abortos inseguros (1).

Os estudos que vêm sendo realizados em todo o mundo demonstram que houve investimentos na atenção às pessoas jovens, a partir de 1990 (4). Entretanto, esses mesmos estudos revelam que, devido à complexidade das abordagens que precisam ser dirigidas ao referido grupo, o progresso é desigual, o que implica impacto negativo sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Para a obtenção de resultados efetivos e diferenciação da atenção dos outros grupos etários, os estudiosos sugerem a inclusão de serviços específicos para o atendimento de adolescentes com capacitação de profissionais para esse fim (4, 21). O Brasil vem sugerindo e apoiando a organização de serviços públicos de atenção às pessoas jovens, mas ainda enfrenta obstáculos para a sua implementação (5, 6, 22).

A OMS considera a saúde um bem humano fundamental e confere a mesma importância para a saúde sexual. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada na cidade do Cairo, em 1994, foi aperfeiçoado o conceito de saúde reprodutiva e sexual. A participação do Brasil nesse evento teve destaque pela presença do movimento feminista e de membros da sociedade civil, que levaram um documento sobre o que deveria ser uma política de planejamento familiar para o país. A essência do documento era mostrar a necessidade de respeito aos direitos reprodutivos da pessoa e não uma demanda do Estado como vinha sendo proposto (23). A Conferência de Cairo (1994) reconheceu a existência de desigualdades de gêneros e isso implicou esclarecer os direitos das mulheres antes não reconhecidos (24).

Assim, a definição atual de saúde reprodutiva contempla uma “vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (24). Ficou clara e legítima a autonomia das mulheres a partir daquele evento que se consolidou na Conferência de Pequim no ano seguinte (25) A saúde sexual reforça a saúde reprodutiva nos diferentes gêneros e não se limita às questões reprodutivas. Ela integra e enriquece positivamente os aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais da pessoa com ênfase na personalidade, na comunicação e no amor (26).

De forma complementar, na Conferência de Cairo (1994) foi definida ainda a assistência à saúde reprodutiva como “a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo”, com a finalidade de melhorar a “qualidade de vida e das relações e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” (24). Além disso, a inclusão do sujeito masculino no conceito, com o “direito de homens e de mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos”, marca sua participação no processo e torna-se uma forma de convidá-lo a um comportamento mais responsável e compartilhado (27-30).

1.1.1 Direitos reprodutivos e sexuais

Os direitos reprodutivos e sexuais são, portanto, conquistas da sociedade contemporânea, em especial dos movimentos feministas, derivadas da necessidade de transformação de um modelo que não atendia às demandas da população, especialmente de mulheres, adolescentes, pobres e indivíduos pertencentes aos diferentes gêneros silenciados pelas normas convencionais (27-29). Os debates sobre essa temática ao longo de muitos anos abordaram desde questões estritamente ligadas às políticas populacionais até as questões dos direitos das pessoas vivendo e convivendo com as mais diversificadas demandas, como a de serem respeitadas em suas individualidades e no meio em que vivem. Para que isso ocorresse, ponderou-se que não seria suficiente planejar uma família pelo número

de filhos, mas garantir o direito à saúde, em especial, a sexual e a reprodutiva (26, 29, 30).

Maria Betânia Ávila (2003) e Sônia Corrêa *et al.* (2003) consideram a necessidade de distinção entre direitos reprodutivos e direitos sexuais para que, dentro de suas particularidades, se verifique o cumprimento e a instauração da cidadania e do Estado democrático em toda sua amplitude (27, 29). Assim, em um sentido mais abrangente, os direitos reprodutivos e sexuais ultrapassam os limites do cuidado com a saúde e alcançam os diversos campos de poder para legitimar a cidadania. Direito reprodutivo é “o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência”. Direito sexual é o direito de exercer livremente a própria sexualidade sem preconceitos e ter acesso às informações sexuais (26). Esses direitos despertam a sociedade para a reflexão sobre discriminação sexual, de gênero e de poder econômico (24). Com isso, tornam possível a liberdade e a autonomia sem ter que violar a intimidade do indivíduo (29). Hoje, os direitos sexuais e reprodutivos são conquistas reconhecidas por leis internacionais que fornecem a garantia de direitos e deveres entre os atores envolvidos com a finalidade do pleno exercício da sexualidade e reprodução (30).

1.1.2 Assistência à saúde reprodutiva e sexual

A promoção da saúde sexual de todos os membros de uma sociedade é obrigação de um país, independentemente das intenções reprodutivas das pessoas. Sob esse aspecto, recomenda-se que existam centros de assistência à saúde reprodutiva que incluam serviços de aborto seguro (para os locais que o autorizam) e que as mulheres tenham acesso a locais adequados para tratamento das complicações do aborto (26, 29, 31). O acordo firmado com órgãos internacionais, especialmente os presentes na Conferência de Cairo em 1994 e o reconhecimento de que os direitos sexuais são essenciais na afirmação do bem-estar do indivíduo impõem ao Estado brasileiro o dever de promover recursos suficientes para o cuidado desses direitos. Portanto, é necessário que se coloquem os direitos sexuais e reprodutivos sob a vigilância de todos a fim de garantir o princípio de liberdade e

igualdade entre as pessoas (25, 30). Sob esse pressuposto, é justo que se monitore uma política de planejamento sexual e reprodutivo que tenha intenção de acolhimento das pessoas (32). Entretanto, alguns estudos (33-35) demonstram que os serviços são muito pouco efetivos no atendimento à população brasileira, carecendo de reestruturação e adequação com vistas a garantir o direito constitucional da saúde reprodutiva (36).

Em um desses estudos, Maria Helena Moreira e José Newton Araújo (2004), entrevistaram 14 mulheres de baixa renda e muito baixa escolaridade que frequentavam um grupo de planejamento familiar e 5 profissionais responsáveis pela oferta de informações e discussão sobre os métodos contraceptivos. Os pesquisadores fizeram análise documental referente às normas de implantação e implementação do programa e, através de análise qualitativa dos dados, verificaram que planejar uma família é mais um encargo do que um exercício de autonomia feminina. Demonstraram que os serviços e profissionais favorecem a manutenção desse ciclo, pois não propiciam a participação masculina nos grupos e limitam a oferta de métodos contraceptivos. Constataram, também, que não existe capacitação profissional para atuar nos programas de planejamento familiar (35).

Antecedendo os compromissos que seriam estabelecidos com os órgãos internacionais, especialmente com a Conferência de Cairo (1994), conforme citado anteriormente, a Constituição brasileira de 1988 (36) elencou elementos capazes de direcionar modelos de intervenção em saúde. As demandas sociais do momento impulsionaram o constante diálogo entre resultados de intervenção e legislação (30). Foi dessa forma, que o país promulgou a Lei de Planejamento Familiar, em 1996 (37). Em seguida, foram surgindo os programas e protocolos de assistência em planejamento familiar (38) com o fim de garantir os direitos reprodutivos de homens e mulheres em todas as regiões do território nacional.

Os avanços na oferta de informações e serviços em saúde reprodutiva têm ocorrido, mas ainda com distorções que precisam ser corrigidas para o alcance da integralidade dessa assistência. Isso foi verificado em estudo multicêntrico realizado no ano 2000 em seis capitais brasileiras que revelou uma deficiência do aconselhamento oferecido pelos serviços de saúde no tocante à saúde reprodutiva. Entre as evidências da má qualidade da assistência estiveram desistência das

peessoas que esperavam pelo atendimento e descoberta de gravidez no período em que as pacientes aguardavam resolver suas exigências reprodutivas, além de alegações como burocracia ou imposição de pagamento para efetuar o serviço (39). Resultados semelhantes foram encontrados por outros pesquisadores em momentos diferentes e em outras localidades (27, 35, 40), o que reforça a ausência de efetivação, na prática, dos aspectos que a Lei de Planejamento Familiar determina em relação às demandas reprodutivas das pessoas.

As recentes informações do Instituto Alan Guttmacher (2012) sobre o planejamento familiar em países em desenvolvimento referem que a maioria das mulheres desses países não têm suas necessidades contraceptivas atendidas. Ou elas não estão utilizando nenhum método ou utilizam os de baixa eficácia para inibir a fertilidade. Os estudos realizados por esse instituto recomendam cuidado na qualificação dos serviços ofertados às mulheres, como inserção de novas tecnologias contraceptivas e aconselhamento às pessoas em idade reprodutiva (41). Os estudos brasileiros têm comprovado essa necessidade e reforçam que a restrição na oferta de métodos para suprir as demandas da população de acordo com sua diversidade cultural direciona o planejamento familiar para um controle médico, limita as possibilidades das pessoas em optar por alternativas seguras e impõe métodos que não refletem as reais escolhas das mulheres, mas sim a falta do método ideal para elas naquele momento (40, 42).

Apesar da demanda por melhores atendimentos nos serviços em saúde reprodutiva e sexual desde a década de 1960 o país vem passando por uma redução acentuada da Taxa de Fecundidade Total (TFT) que diminuiu e chegou abaixo do nível de reposição da população (23, 43-46). A taxa de fecundidade de um país é o número médio de nascidos vivos por mulher ao longo de sua idade reprodutiva (32) e pode ser classificada em alta, média, intermediária e baixa, de acordo com os números encontrados em estudos demográficos (47). A TFT do Brasil variou de 6 filhos por mulher até a década de 1960 e apresentou uma rápida queda ao longo dos anos, de modo que os últimos registros são de 1,8 filho por mulher em 2010 (43, 46), abaixo do nível de reposição populacional. O nível de reposição populacional é de 2,1 filhos por mulher. A redução da TFT ocorreu em todos os estados do país, embora os menores índices estejam nas regiões Sul e Sudeste, o que demonstra que ainda existem desigualdades regionais e em determinadas

faixas etárias, como a da adolescência. As desigualdades decorrem, segundo alguns estudos, do acesso insuficiente às informações e aos serviços e da ausência do reconhecimento de demandas contraceptivas em determinados segmentos etários, como é o caso dos 10 aos 19 anos (16).

Exceto na faixa etária de 15 a 19 anos, onde ocorreu relativa elevação, a TFT declinou no período de 1980 a 2000 (48). Tal fato não parece decorrente da oferta ampla de serviços de atenção à saúde reprodutiva, mas de uma mudança cultural relativa ao número de filhos que cada mulher deseja ter. Houve uma transformação da mulher e seus papéis na sociedade (23, 44). Corroborando essa nova dinâmica da mulher na sociedade, houve ampla oferta de contraceptivos orais naquele período (32). Durante as décadas de 1970 a 1990 outro meio amplamente conhecido e utilizado pelas mulheres para controle da fertilidade foi a laqueadura tubária. A popularização desse procedimento e a comprovação de que um elevado número de esterilizações femininas estava sendo realizado no país despertaram o desenvolvimento de estudos para explicar o fenômeno (44, 48).

A oferta dos métodos de contracepção convencionalmente não estaria disponível para a faixa etária da adolescência, por um silêncio geral, da sociedade e dos serviços de saúde, de que esse grupo teria tal demanda. Dessa forma, com a queda acentuada da TFT nas demais idades, o aumento da gravidez na adolescência ganhou destaque. Esse fenômeno foi denominado de “rejuvenescimento da estrutura da fecundidade no país” (42, 49, 50), já que a contribuição dessa faixa etária com o número de filhos, que representava 9% até a década de 1980, passou para 19% em 2006 (43, 48). Registros mais recentes demonstram evolução no processo de educação sexual dos jovens, especialmente nas escolas. A intenção é minimizar vulnerabilidades quanto à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis e à gravidez precoce, através da integração entre saúde e educação nas escolas.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) realizada em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em convênio com o Ministério da Saúde verificou, por exemplo, que mais de 80% das alunas cursando o 9º ano receberam orientações sobre prevenção de gravidez e 25% das relações sexuais ainda ocorreram sem o uso do preservativo (17). A Pesquisa Nacional sobre

Gravidez na Adolescência (Gravad) realizada em três capitais brasileiras – Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador –, entrevistou 4634 homens e mulheres de 21 a 24 anos, face a face sobre suas experiências sexuais e reprodutivas na adolescência. O estudo verificou que 54,5% dos rapazes e 52,5% das moças usaram contraceptivo na primeira relação sexual. Destes, 81,6% fizeram uso do preservativo masculino. Entretanto, somente 36,3% deles e 31,4% delas, usavam contraceptivo por ocasião da gravidez (51).

1.2 Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência vem ocupando posição especial na agenda de debate nacional, tanto em número de pesquisas quanto em importância nos programas de políticas de Estado. O despertar das atenções para a adolescente foi provocado, principalmente pelo aumento da fecundidade nesse segmento etário após a década de 1980, conforme especificado acima (32, 44, 52). O Brasil e outros países em desenvolvimento, além dos Estados Unidos, têm mantido taxas elevadas de gravidez na adolescência (53, 54). O Estado brasileiro vem mostrando interesse em desenvolver políticas voltadas para o atendimento das jovens grávidas com o propósito de evitar grandes prejuízos para a adolescente e o recém-nascido. Em 2009 o Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIH-DATASUS) registrou 444.056 partos na faixa dos 10 aos 19 anos. Esse número revela uma queda em comparação com o início da década, quando o registro foi de 679.358 para a mesma faixa de idade. O Nordeste foi a região em que mais diminuiu o número de nascimentos, embora ainda seja primeira em número de partos na adolescência do país (55).

Diversas razões são apontadas para explicar os determinantes da gravidez na adolescência. As razões resultantes da escassez de informações adequadas sobre gravidez e métodos contraceptivos, como a falta de diálogo com os parceiros, a dificuldade no uso do método anticoncepcional e a ilusão de que não ocorrerá gestação numa relação ocasional são as mais frequentes. Existem, também, aquelas com desejo de engravidar. A gravidez pode também ser resultante de abuso

sexual (9, 52, 56-61). As pesquisas demonstram que o perfil das adolescentes que engravidam é baixa escolaridade, baixa renda, dependência financeira dos pais e coabitação com a família. Existem evidências de que a gravidez adolescente está associada a algumas doenças, de forma mais importante do que em outras faixas etárias, como hipertensão, infecções e anemias. Para o recém-nascido, os achados mais preocupantes são a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o aumento da morbimortalidade infantil. Os dados especificam que resultados desfavoráveis aumentam à medida que diminui a idade da adolescente, sendo que para as idades abaixo de 16 anos os resultados são mais significativos (51, 62, 63).

Há divergências nos estudos sobre os fatores que propiciam a gravidez na adolescência e se repercussões negativas sobre a gestação são decorrentes diretas da idade inferior a 20 anos (50, 51, 60, 62, 63, 64). Além disso, têm surgido cada vez mais estudos que descrevem e analisam as percepções das adolescentes sobre os significados de uma gravidez para si (9, 53, 60, 65, 66). Tem havido, inclusive, proposta de olhares diferenciados a certos grupos de jovens que encontram na gravidez um marco para reconstrução de suas vidas (50, 51, 56, 62, 65-73). Sílvia Santos e Néia Schor, (2003) utilizando metodologia mista para estudar 20 adolescentes que ficaram grávidas entre os 10 e os 14 anos, verificaram que para uma parcela das jovens estudadas a gravidez representou uma forma de desenvolver autonomia e maturidade individuais. As autoras consideram que o aspecto positivo da vivência da gravidez e maternidade adolescente encontrado no estudo implica conscientizar profissionais e serviços na organização de atendimento diferenciado, adequado e eficiente para alguns grupos de adolescentes que engravidam ou estão vivendo a maternidade. Para outra parcela de adolescentes, os resultados foram tidos como vivências negativas confirmando dados já encontrados na literatura (5, 52, 54, 65).

Ainda sob essa ótica, Daniela Gontijo e Marcelo Medeiros (2008) analisaram o significado da gravidez e da maternidade entrevistando 7 adolescentes que moravam nas ruas e foram abrigadas por instituição para continuarem a gravidez que decidiram levar adiante. Para os autores, a vida no abrigo e a criação do filho representaram melhores perspectivas para aquelas jovens. Os autores demonstraram que a construção do vínculo afetivo entre aquelas mães e seus filhos resultou em fortalecimento e esperança para elas que antes se encontravam em

situação de exclusão social (73). Elaine Brandão e Maria Luiza Heilborn (2006), por meio de 25 entrevistas em profundidade com jovens e seus pais, incluíram a gravidez na adolescência como um evento que pode fazer parte do processo de autonomização dessas jovens. As autoras observaram ainda que as jovens entrevistadas, a despeito ou sob as interferências morais e sociais, diante da descoberta de gravidez, tomaram a decisão de permanecer ou não com ela (9).

A pesquisa Gravada demonstrou que 21,4% dos homens relataram gravidez em suas parceiras e 29,5% das mulheres engravidaram antes dos 20 anos. O estudo verificou que quando o limite era a idade de 18 anos, o percentual de gravidez na adolescência para os rapazes era 8,9% e, para as moças, 16,4%. Já para a idade abaixo de 15 anos, as taxas verificadas foram 0,6% e 1,6% respectivamente. Os pesquisadores constataram também que 86,6% dos homens e 74,2% das mulheres que ficaram grávidas na adolescência, residiam com os pais. O desejo de engravidar não estava presente em 85,6% deles nem em 70,3% delas. O perfil escolar, no início da gravidez, foi o ensino fundamental incompleto para 59,6% e ensino superior para 4,6% delas. Aquelas que mencionaram receber informações na escola sobre gravidez e contracepção tiveram uma prevalência de gravidez de 19,4% contra 31,7% daquelas que não mencionaram. Para os homens, as diferenças também foram marcantes nesse quesito (51).

No entanto, a maior preocupação dos estudos é com os aspectos negativos resultantes de gravidez em idades inferiores aos 20 anos. Talvez por isso, encontre-se grande frequência deles abordando tais aspectos (52, 65, 74, 75). Geralmente, as considerações dos referidos estudos levam em conta a vulnerabilidade da adolescente com baixa escolaridade e as condições socioeconômicas desfavoráveis do meio em que vivem e, que podem resultar em aumento da suscetibilidade biológica e social de seus filhos (51, 69, 70, 74, 75). Há destaque para o aumento dos riscos biológicos envolvidos na gravidez em idades precoces, como anemias, hipertensão gestacional e anomalias do trabalho de parto, resultando, por exemplo, em maiores taxas de cesáreas (49).

Há documentos nacionais que registraram taxa importante de mortes maternas em idades menores que 20 anos (5). Um estudo prospectivo e longitudinal realizado na Turquia, país onde as mulheres se unem em matrimônio em idades

muito precoces, comparou os tipos de parto de 40.391 gestantes no período de 1999 a 2003. A amostra representou populações de área urbana e rural e demonstrou que a cesárea não foi o tipo de parto mais frequente entre as adolescentes. Ao contrário, houve menor índice de cirurgias cesarianas em comparação com as idades superiores aos 20 anos (74).

Em estudo brasileiro (1989) com 349 gestantes e puérperas, das quais 77 eram adolescentes verificaram-se taxas de cirurgias maiores no grupo menor de 20 anos. Adicionalmente, as pesquisadoras identificaram maior percentual de complicações na gravidez, no parto e no puerpério com aumento da morbimortalidade perinatal, comparativamente com as mulheres adultas. (62) Já Vânia Simões *et al.* (2003) em estudo realizado em São Luís (MA), onde está uma das maiores taxas de fecundidade na adolescência do país, analisaram 2.429 mulheres que pariram em todos os serviços, públicos e privados no período de um ano. As adolescentes abaixo de 18 anos tiveram menores taxas de cesáreas, entretanto, seus bebês apresentaram maiores taxas de prematuridade e de baixo peso ao nascer. A mortalidade infantil foi maior para as crianças de adolescentes de idade inferior a 18 anos quando comparada com as demais idades (49, 50). Maria de Lurdes Magalhães *et al.* (2006), contudo, estudaram os aspectos da assistência pré-natal e resultados obstétricos de 2058 adolescentes em Fortaleza (CE). Os pesquisadores analisaram um grupo abaixo de 16 anos (322 adolescentes) e um com idades entre 16 e 19 anos (1.736 adolescentes). Para esses autores o estudo não demonstrou diferenças entre os grupos quanto à frequência de intercorrências clínicas na gravidez como pré-eclâmpsia, anemia e infecção do trato urinário ou de prematuridade e taxas de cesáreas (64).

Consequências prejudiciais aos recém-nascidos de mães adolescentes são referidas em alguns estudos citados anteriormente e correlacionam-se, principalmente à prematuridade, ao baixo peso ao nascer e a infecções perinatais, podendo resultar em aumento da morbimortalidade perinatal e infantil (50, 76). Os aspectos do nascimento na adolescência são observados e considerados, especialmente na medida em que há baixa qualidade da assistência pré-natal. Segundo resultados de estudos, a melhoria da atenção às adolescentes grávidas e aos seus recém-nascidos, reduziria as complicações decorrentes da gravidez nessa faixa etária (62, 65, 68, 74). A separação entre os fatores biológicos inerentes à

idade e aqueles relativos às condições sociais, econômicas e educacionais das adolescentes interessa principalmente para uma abordagem satisfatória destinada a essa população. Além disso, pode contribuir para o desenvolvimento de conceitos adequados, importantes no campo de pesquisas e atuação profissionais (65).

Resultados perinatais e maternos negativos também podem ser decorrentes de gravidezes não planejadas e não desejadas pelas adolescentes (68, 77, 78). Em uma amostra de 9.041 nascimentos entre adolescentes, através da coleta de dados em prontuários e de entrevistas com as mães no puerpério imediato, Elaine Oliveira *et al.* (2010) encontraram 228 óbitos fetais, neonatais e pós-neonatais. Menor escolaridade, ausência de assistência pré-natal, idade menor que 16 anos e morbidade materna relacionaram-se em favor dos referidos óbitos, entretanto, não encontraram significado estatístico para a variável gravidez indesejada (68). Uma análise descritiva da vivência de gravidez por 12 adolescentes no Ceará e estudada por Theresa Moreira *et al.* (2002) concluiu-a como um evento indesejado, levando ao desejo de abortar ou ao surgimento de ideias suicidas (79). Este último achado foi verificado em outros estudos que, além de ideias suicidas, encontraram uma elevação da taxa de infanticídio entre adolescentes (77, 80).

1.3 Aborto na adolescência e em outras idades

Uma das decisões que a adolescente deverá tomar quando perceber-se grávida, principalmente se essa gravidez não tiver sido programada nem desejada, será entre sua manutenção ou interrupção. O Brasil somente autoriza legalmente a interrupção da gravidez, em qualquer idade, quando ela tiver sido decorrente de violência sexual ou se o avanço da gestação acarretar riscos de morte para a gestante (61). A autorização legal é prevista pelo Código Penal de 1940, mas apenas na década de 1990 foi iniciado o primeiro serviço de aborto legal no país (32). Mais recentemente, em 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal permitiu a interrupção da gravidez por anencefalia, malformação grave e incompatível com a vida após o nascimento. Essa autorização marcou, portanto, a terceira possibilidade que a mulher tem de interromper voluntariamente uma gestação no Brasil (81).

O Brasil se enquadra, portanto, no rol dos países que autorizam a prática do aborto em algumas situações. Todavia, mesmo diante da ilegalidade, o aborto vem sendo praticado por um número muito grande de mulheres em todas as idades. Não é possível ter uma estimativa exata dessa prática no país, já que a revelação do aborto clandestino pela mulher é difícil, em razão do temor de sanções ao confessar o ato abortivo (82-84). Por isso diversos estudos vêm tentando demonstrar esses números mesmo que de forma indireta. A Pesquisa Nacional de Aborto, realizada por Debora Diniz e Marcelo Medeiros (2010), avaliou uma amostra de 2.002 mulheres urbanas, através da técnica de urna e de questionários preenchidos por entrevistadoras, estimou que 15% das mulheres entre 18 e 39 anos praticaram um aborto alguma vez na vida (85).

A incidência de aborto no mundo é estimada em 14 por 1.000 mulheres na idade de 15 a 44 anos, sendo a prevalência na América Latina de 28 abortos por 1.000 mulheres nessa faixa etária. A atual estimativa demonstra um declínio em relação a taxas de cinco anos anteriores, mas representa a região com as maiores taxas do mundo, seguida pela África e Ásia, com 24 e 13 abortos por 1.000 mulheres naquela faixa etária, respectivamente. Essas são taxas elevadas, principalmente porque se sabe que se trata de abortos praticados ilegalmente e, por isso, realizados de modo inseguro para a saúde da mulher. As taxas elevadas de aborto inseguro e, por conseguinte, suas complicações refletem também a omissão dos serviços de atenção à saúde, uma vez que muitos países da Europa apresentam uma média de três abortos por mil mulheres de 15 a 44 anos (86-88). O Instituto Alan Guttmacher (2009) publicou dado mostrando que dos 19 milhões de abortos inseguros nos países em desenvolvimento, 2,5 milhões são praticados por adolescentes (89).

O aborto inseguro foi definido pela OMS (1992) como aquele que ocorre em ambientes sem as condições higiênicas adequadas para a sua execução, em caso de procedimentos invasivos como curetagens uterinas ou colocação de instrumentos, e/ou que é praticado por pessoas sem capacitação para sua realização (90). O aborto inseguro é prática quase exclusiva dos países em desenvolvimento, e seu elevado número está diretamente ligado às leis restritivas. Ele abrange práticas como inserção de objetos no útero, como agulhas de tricô, fios e varas; ingestão de venenos, tintura de cabelo e substâncias perigosas como ervas,

cáusticas e altas doses de medicamentos; aplicação de forte pressão sobre o abdome; e queda de escadas. Essas situações, invasivas e perigosas, são responsáveis pelo elevado número de complicações e mortes de mulheres em idade fértil. As sequelas e a letalidade são resultantes de hemorragias, infecções e intoxicações originárias da prática abortiva (88). Registros mundiais colocam as complicações decorrentes do aborto como a quarta causa de morte materna e uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo (89).

Como afirmado acima, estatísticas reais são difíceis de alcançar devido às condições de ilegalidade do aborto em muitas localidades, que gera a possibilidade de mascaramento dos verdadeiros fatos. Os dados mostram que 68.000 mulheres morrem por complicações do aborto e milhões ficam com sequelas, algumas vezes permanentes, devido a tais complicações. Enquanto os registros de mortalidade materna por aborto inseguro giram em torno de 10 a 140 mortes por cem mil nascidos vivos, nos países em desenvolvimento, o aborto legal, nos desenvolvidos, causa uma morte a cada cem mil procedimentos (91). Entre os países em desenvolvimento existem diferenças marcantes nas estimativas de mortes por aborto inseguro. Algumas regiões da África figuram com as maiores taxas, 709 mortes por cem mil procedimentos, e a América Latina e o Caribe, com as menores taxas: 100 mortes por cem mil procedimentos. O que acontece muito frequentemente após o aborto inseguro são complicações decorrentes de hemorragia, sepse, peritonite e trauma cervical, vaginal, uterino ou de órgãos abdominais, além de danos resultantes de intoxicação por substâncias utilizadas, o que obriga a mulher a buscar os hospitais para tratamento (88). Uma gravidez não desejada é algo que determina muito firmemente a decisão da mulher (embora difícil para muitas), porque mesmo com frequentes complicações, estatísticas sobre aborto no mundo mantêm-se elevadas nos registros epidemiológicos (89, 91).

Estudos brasileiros e latino-americanos têm demonstrado que desde a década de 1990 houve redução das complicações graves por aborto induzido e conseqüentemente, da mortalidade materna por essa causa (92-94). Parte da redução das complicações do aborto inseguro decorreu da introdução do misoprostol como substância abortiva no país, que passou a ser rápida e amplamente utilizado pelas brasileiras com essa finalidade. O misoprostol é um medicamento análogo sintético da prostaglandina E1, desenvolvido para tratar

úlceras gástricas, e entrou no Brasil em 1986 com o nome de Cytotec (92). Estudiosos no Ceará verificaram que surgiam numerosos casos de hospitalização por abortamentos sem, entretanto, que as mulheres apresentassem as graves complicações de costume. Eles analisaram os registros de 593 mulheres admitidas em hospitais por aborto induzido entre janeiro de 1990 e julho de 1992 e verificaram que 75% delas haviam usado o Cytotec (95). A substância tem ação eficaz em outras situações obstétricas, facilitando a prática médica nessa área por reduzir riscos ao substituir ou minimizar procedimentos invasivos. Contudo, em 1991, a comercialização do Cytotec foi restrita às prescrições médicas com retenção da receita (92); posteriormente, o medicamento foi retirado do mercado formal brasileiro, quando passou a ser comercializado clandestinamente, inclusive na rede mundial de computadores.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na Resolução de n. 1.534/2011 proibiu qualquer anúncio de medicamento à base de misoprostol nos meios de comunicação brasileiros. O produto licenciado por esse órgão, Prostokos®, à base da referida substância, é de uso exclusivo em ambientes hospitalares rigorosamente cadastrados para casos necessários de interrupção da gravidez e indução do parto. A venda de qualquer produto derivado da prostaglandina E, fora dessa condição, é considerada crime hediondo no país (96). Contudo, Marilena Corrêa e Miryam Mastrella fizeram revisão e análise da literatura e não encontraram dados científicos suficientes para fundamentar as proibições brasileiras ao misoprostol. As autoras argumentam que as normas restritivas de uso e de veiculação pública de medicamentos à base da referida substância contrapõem-se aos estudos que indicam adequadamente seu uso em obstetrícia, inclusive em caso de aborto permitido por lei (97).

Nos Estados Unidos, a Food and Drug Administration, agência de controle de medicamentos, em início dos anos 2000, autorizou o uso do misoprostol, por sua eficácia e segurança, nos procedimentos de aborto. A partir de então, tornou-se crescente a realização do aborto medicamentoso em regime domiciliar, com orientação técnica, sem danos para as mulheres (98, 99). As evidências clínicas de segurança de uso do medicamento foram suficientes para o Colégio Britânico de Ginecologistas e Obstetras (2004) recomendar uso rotineiro do misoprostol para adolescentes com idade gestacional acima de dez semanas em caso de aborto a

pedido (100). Em publicação de 2011 o referido colégio recomenda o uso do medicamento para outras situações e idades (101).

Mais recentemente, a OMS (2012) publicou manual técnico com políticas de orientação aos sistemas de saúde com a finalidade de permitir às mulheres o aborto seguro em locais onde este já esteja legalizado e também onde a lei o restringe. As atuais orientações destacam a importância da utilização dos medicamentos, misoprostol e/ou mifepristone (antiprogesterona com capacidade abortiva) na indução do aborto até 14 semanas, recomendando o misoprostol em qualquer idade gestacional para preparo do colo uterino e redução de complicações. O aborto medicamentoso, ou seja, aquele que não necessita de intervenção cirúrgica, realizado até 12 semanas de gestação sem obrigatoriedade de hospitalização, necessita de amparo dos serviços de saúde e possibilita maior qualidade e segurança para as mulheres (102).

Estudos brasileiros sobre aborto clandestino entre adolescentes são mais difíceis do que em outras idades. Geralmente, a exigência de autorização de um responsável para participarem do estudo dificulta a realização de pesquisas dessa natureza. Para transpor essa dificuldade, os pesquisadores têm lançado mão do resgate da memória da jovem quando se encontra acima dos 18 anos (85, 103). Ademais, muitas adolescentes não querem mencionar que provocaram o aborto, por motivos legais ou outros. Simone Peres e Maria Luiza Heilborn (2003) utilizaram os dados da etapa qualitativa da pesquisa Gravad e investigaram a cogitação e as práticas de aborto em 86 jovens de 18 a 24 anos. A maioria das jovens entrevistadas (73%) relatou que, ao descobrir a gravidez, pensou, tentou ou fez o aborto. Entre os rapazes, 43% afirmaram que a namorada provocou o aborto, e entre as moças 17% relataram indução do aborto. As jovens compartilharam suas ideias com os parceiros, amigas ou familiares. Quando decidiram abortar, os métodos foram misoprostol, outros remédios, a combinações dos dois ou o recurso a clínicas (103).

Trata-se, portanto, de tema delicado, que exige cuidados especiais para ser estudado em população vulnerável. Para estabelecer índices de aborto provocado, especialmente onde as leis são muito restritivas, os estudiosos têm utilizado critérios indiretos para classificar o tipo de abortamento. Os critérios levam em conta a confissão do uso de método abortivo e/ou sinais e sintomas na admissão hospitalar

da mulher que sugeriram indução do aborto. De acordo com a confissão ou não e com a presença ou não dos sinais ou sintomas, o abortamento será classificado como certamente, provavelmente ou possivelmente provocado ou ainda em espontâneo, caso não haja confissão nem sinais e sintomas sugestivos da indução. Os métodos indiretos, embora úteis, deixam possibilidade de erro (104). Recentemente, foi realizado estudo em maternidade de referência de Maceió (AL) (2012) com 201 adolescentes submetidas a curetagem uterina pós-aborto. Através de entrevistas semiestruturadas para descrição dos aspectos sociais e demográficos e da classificação do tipo de abortamento pelos critérios da OMS (104), os pesquisadores consideraram que 164 adolescentes se encontravam na categoria de aborto certamente provocado. Dessas, 89% usaram misoprostol, isolado (20%) ou combinado (77%). As complicações nessa categoria foram hemorragia com necessidade de transfusão sanguínea (5%) e um caso de perfuração uterina. A idade gestacional em 93% delas era superior a 13 semanas, tendo havido, portanto, aborto tardio. Existiu, ainda, história de aborto anterior em 20 adolescentes (12%) (105).

O Piauí esteve entre os dez estados brasileiros com o maior número de curetagens uterinas em 1995 (5.375 procedimentos). Conforme publicação do Ministério da Saúde (2002), esses números revelam elevada incidência de abortos clandestinos (106). Todavia, não se tem nenhum registro de pesquisa sobre aborto no estado, especialmente na adolescência. Não há dados que caracterizem o perfil social e demográfico, os métodos, as práticas ou os caminhos que as jovens percorrem quando se veem diante de uma gravidez indesejada. A ausência de dados empíricos com essa temática no estado é um estímulo para a busca de informações que possam inserir a região na literatura científica.

Visando preencher essa lacuna na literatura, este estudo descreve o fenômeno do aborto entre adolescentes piauienses, detalhando suas práticas, percursos e redes de apoio. As práticas são os métodos utilizados pelas mulheres para abortar, os percursos são os caminhos que elas tomam para alcançarem os métodos, e as redes de apoio, as pessoas que, de alguma forma ou em alguma etapa do processo, as auxiliam na realização do aborto. A compreensão do fenômeno do aborto na adolescência passa, ao menos em parte, por um entendimento das decisões das protagonistas a respeito desse momento e da

possibilidade de gravidez e aborto no início da vida sexual e reprodutiva. O estudo dá-se com adolescentes que se submeteram a curetagem uterina após aborto clandestino em dois hospitais públicos de referência da capital e apresenta a peculiaridade de entrevistar garotas num período tradicionalmente referido como de grandes mudanças psicológicas e sociais. As pesquisas existentes com mulheres que abortam em outras faixas etárias não são suficientes para dispensar o período etário aqui estudado.

2 Objetivos

2.1 Geral

Descrever o fenômeno do aborto clandestino entre adolescentes de Teresina, especificando desde a descoberta da gravidez até sua chegada ao hospital após a indução do aborto.

2.2 Específicos

Documentar as práticas ou os métodos que as adolescentes utilizaram para provocar o aborto, expondo doses, modo de uso, tempo que levou para iniciar a ação e sinais e sintomas experimentados.

Descrever os percursos ou caminhos que as adolescentes tomaram para alcançar os métodos utilizados para abortar, como fontes de informação sobre o método, custos, obtenção do recurso para a compra, quem comprou, quem vendeu e quem orientou o uso.

Descrever as redes de apoio ou pessoas que auxiliaram as adolescentes de alguma forma ou em alguma etapa da realização do aborto, especialmente na ida ao serviço de saúde colocando-se como acompanhante ou responsável legal na internação.

3 Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Este estudo, descritivo, transversal e quantitativo, tomou como unidade de análise adolescentes internadas e submetidas a curetagem uterina após aborto clandestino, realizado entre 2 de junho e 2 de novembro de 2011. Para efeito deste estudo, a adolescente é a mulher nos limites etários estabelecidos pela OMS.

3.2 Locais do estudo

A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos de Teresina. O primeiro, Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), é o maior do Piauí em atendimento à mulher no ciclo gravídico e puerperal. Ele concentra cerca de 70% dos partos da capital, sendo o único serviço terciário de referência em obstetrícia do estado. Atende também a população de muitos municípios do estado do Maranhão. Além disso, realiza o maior número de curetagens uterinas pós-aborto em mulheres de 10 a 49 anos. No ano de 2010, a Coordenadoria-Geral do Sistema Único de Saúde (CGSUS) registrou 2.512 internações para curetagens uterinas (que inclui os procedimentos puerperais e pós-aborto) em todos os hospitais da capital, sendo que 1.688 (67%) foram realizadas nessa instituição. Para a faixa dos 10 aos 19 anos, houve registro de 438 curetagens uterinas, das quais 288 (66%) ocorreram no referido hospital. De todas as mulheres que ali realizaram curetagens uterinas, 17% eram adolescentes. O serviço conta também com um centro ambulatorial de atendimento em planejamento familiar e assistência em aborto legal do estado (107).

O outro hospital, Centro Integrado de Atendimento à Mulher, à Criança e ao Adolescente - Wall Ferraz (CIAMCA), é uma das cinco maternidades da capital e a segunda em número de atendimentos à mulher no ciclo grávido-puerperal e planejamento familiar. Esse centro de atendimento estabeleceu-se como referência

principalmente para a população do bairro onde se localiza, que conta com cerca de 160.000 habitantes. Realiza uma média de 1.800 partos por ano e aproximadamente 12% das curetagens feitas em Teresina. Em 2010, ano que antecedeu a realização desta pesquisa, recebeu 301 mulheres para a realização de curetagens uterinas, e 22% delas eram adolescentes. Esse serviço teve a maior proporção do procedimento nessa faixa etária, por isso a sua escolha para fazer parte deste estudo (107).

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo as mulheres internadas com idades entre 10 e 19 anos, que haviam realizado curetagem uterina por aborto incompleto, que aceitaram participar da pesquisa, que não tivessem impedimentos para a sua livre locomoção até o local da entrevista (como uso contínuo de medicamentos venosos) e que relataram indução clandestina do aborto. As adolescentes que declararam ter tido aborto espontâneo foram excluídas do estudo.

3.4 Desenvolvimento do estudo

Nos meses de junho e julho de 2011, a pesquisadora realizou a coleta de dados em três dias da semana (quinta, sexta e sábado) e, nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro, às terças, quartas e quintas-feiras. Isso importa para explicar que não houve seleção prévia das adolescentes; ao chegar ao serviço, todas as que haviam feito curetagem pós-aborto, conforme descrito em prontuário (para distinguir das curetagens puerperais), e estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa eram convidadas a participar da entrevista. Embora haja registro de internações de adolescentes menores de 14 anos no período do estudo nenhuma jovem com idade entre 10 e 13 anos foi selecionada para a pesquisa, provavelmente por não estarem mais internadas no momento em que a pesquisadora ia ao serviço.

Inicialmente, a identificação e seleção das adolescentes que tinham realizado curetagem uterina eram feitas pelo registro em livro de ocorrência diária no posto de enfermagem e pela análise dos prontuários hospitalares. Em seguida, na enfermaria, cada adolescente era consultada sobre o interesse em participar da pesquisa. Explicava-se que sua participação na pesquisa não fazia parte do tratamento médico e que aquela seria uma atividade voluntária sem qualquer benefício imediato para ela. No caso de ela aceitar participar do estudo, haveria uma sala reservada para a entrevista nos horários que a pesquisadora estabeleceu para a ida ao serviço. Ao chegar a essa sala, a adolescente era informada sobre a importância de a entrevista ser gravada, com a finalidade de evitar erros de memória da pesquisadora em relação ao conteúdo da entrevista, bem como dispersão na interação entre pesquisadora e participante. Era informada ainda a respeito da garantia de não ser identificada na entrevista, razão pela qual em nenhum momento seriam citados nomes ou situações que pudessem identificá-la. Cada entrevista foi transcrita fora do ambiente hospitalar, em local seguro, e a gravação foi destruída logo após a transcrição para maior segurança das informações.

No momento de seleção das adolescentes pela análise dos prontuários, em geral, não era possível distinguir entre aborto espontâneo e induzido clandestinamente. Portanto, entre aquelas selecionadas para a entrevista, poderia haver casos tanto de aborto induzido clandestinamente como de aborto espontâneo. Dessa forma, somente em ambiente privativo e seguro e após a leitura e o entendimento do termo de consentimento livre e esclarecido pela adolescente era que a pesquisadora reconhecia se a jovem havia sofrido aborto espontâneo ou se o havia provocado, respeitando inteiramente seu relato. Assim, foram consideradas válidas apenas as entrevistas das adolescentes que confirmaram ter induzido clandestinamente o aborto, e o critério de inclusão final para o estudo foi, exclusivamente, a narrativa de cada uma delas.

3.4.1 Instrumento de pesquisa

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado (apêndice A) que explorou três questões centrais: práticas, percursos e redes de cuidado. As práticas de aborto identificaram os métodos utilizados pelas adolescentes para indução do aborto, tais como medicamentos, chás ou ervas, curiosas ou clínicas. Os percursos do aborto buscaram identificar os itinerários percorridos pelas adolescentes para ter acesso às práticas e aos métodos, tais como onde comprou o medicamento, como conseguiu a informação do local ou pessoa que vendeu e como chegou até lá. Em caso de uso de chá ou outro preparado, quem ofereceu, onde conseguiu os recursos para a compra e como tomou. As redes de apoio foram pessoas ou grupos de pessoas que auxiliaram a adolescente a realizar o aborto: familiares, companheiro, amigas, comerciantes ou nenhum desses.

O estudo foi finalizado com 31 adolescentes, porém, uma foi descartada porque após a transcrição foi verificado que não havia informações suficientes para completar a pesquisa. Vale ressaltar que não houve seleção prévia das participantes. Para o presente estudo foi escolhida uma amostra não probabilística por entender-se que seria a melhor escolha para responder aos objetivos da pesquisa. A amostra correspondeu a cerca de 10% das curetagens uterinas realizadas em ambos os serviços no ano anterior ao estudo (107) e a 23% dos referidos procedimentos nessa faixa etária no período estudado (108). Por tratar-se de amostra de conveniência, estatisticamente não representa o fenômeno do aborto na adolescência, mas descreve o perfil social de uma população que abortou na capital e foi em busca de atendimento nos maiores serviços públicos de saúde referenciados para a situação aqui exposta.

3.4.2 Princípios e respeito às adolescentes

A atenção às adolescentes exige alguns princípios fundamentais para que elas sejam reconhecidas como capazes de tomarem decisões responsáveis (22). A

pesquisadora precisava criar um ambiente de respeito e liberdade, fortalecendo a autonomia das jovens a fim de captar relatos espontâneos e verdadeiros. É importante registrar a abordagem de quatro adolescentes que tiveram aborto espontâneo, cuja confirmação só ocorreu após seu relato, a partir do qual não se prosseguiu com a entrevista. Por outro lado, indícios ou vestígios de medicamento encontrados pelo médico e registrados no prontuário não foram levados em consideração já que não faziam parte dos objetivos deste estudo. Por isso, houve uma situação em que, apesar de ter sido registrado em prontuário o encontro de restos de medicamento no canal vaginal de uma das adolescentes selecionadas, a entrevista foi encerrada (e, obviamente, a jovem foi excluída da pesquisa) porque a jovem declarou que tinha tido aborto espontâneo e que não fizera uso de nenhum medicamento abortivo.

3.4.3 Atuação da pesquisadora

A pesquisadora exerce atividades médico-assistencial e médico-docente nas duas maternidades, em especial com grupos de adolescentes que abortaram, quando retornam para consulta puerperal, o que permitiu uma maior aproximação com a população do estudo. Existem vantagens da profissão médica para a pesquisa, já referidas em estudos bem recentes, que consistem no reforço da credibilidade do sigilo por parte das pesquisadas (109). Entretanto, é importante especificar que, apesar da sobreposição de papéis, houve sempre o cuidado de não inserir na pesquisa adolescentes que tinham tido uma relação direta de assistência com a pesquisadora nas 24 horas de internação, o que poderia ser entendido por elas como uma obrigação de participar da entrevista e não como um ato espontâneo e voluntário.

Ainda assim, ocorreram duas situações pouco comuns no hospital Wall Ferraz, onde a pesquisadora exerce atividade de plantão e realizou curetagem uterina em duas adolescentes que participaram do estudo: o primeiro caso foi o de uma adolescente que, ao saber que uma colega de enfermagem havia sido entrevistada, procurou a pesquisadora mostrando seu interesse em também

participar do estudo, o que não lhe foi negado. O segundo caso foi o de uma adolescente que havia sido curetada pela pesquisadora quinze dias antes da entrevista e teve uma complicação grave (aborto infectado); não havia mais vínculo assistencial entre ambas no momento da entrevista, por isso ela pôde ser incluída.

No hospital, MDER, a atividade exercida pela pesquisadora é a de docente-assistencial em enfermaria de gestação de alto risco, setor diferente de onde ficam as mulheres que realizam curetagem uterina. Somente em situações excepcionais, como em caso de inexistência de vagas nas outras alas, é que essa enfermaria pode ser ocupada por mulheres que fizeram curetagem uterina. No período deste estudo não ocorreu ocupação dos leitos da referida enfermaria por qualquer adolescente que participou da pesquisa. Assim, não houve vínculo assistencial da pesquisadora com as adolescentes entrevistadas nessa maternidade.

3.5 Proteção, sigilo e confidencialidade

A transcrição era feita pela pesquisadora ou por dois assistentes de pesquisa que cursavam o terceiro ano de medicina, os quais foram previamente treinados para esse fim. A transcrição ocorria fora do sítio de trabalho de campo para aumentar a segurança dos dados, já que se tratava do relato de um crime. Os assistentes de pesquisa não identificavam as adolescentes, pois havia apenas uma voz, sem identidade. Não houve nenhum caso de intercorrência durante as entrevistas. No gravador havia uma tecla “não salvar” cujo acionamento podia apagar a entrevista sem possibilidade de recuperação.

O principal risco que as adolescentes poderiam ter sofrido com a participação na pesquisa, um eventual indiciamento pelo crime de aborto a partir do registro confessional do gravador, não se concretizou nem como uma hipótese, dadas as proteções estabelecidas neste estudo:

1. a gravação era digital (não havia materialidade de uma fita) em aparelho de tamanho 6,5cm x 4,0cm, sem fios, o qual era mantido dentro de uma bolsa semiaberta que ficava sobre a mesa próximo da adolescente e da pesquisadora, não

visível. Somente após a entrada na sala da entrevista é que se falava a respeito da gravação. Em ambos os hospitais, a sala ficava em local onde era assegurada a confidencialidade e o sigilo da entrevista, e não havia possibilidade de interrupção, já que a porta permanecia trancada durante toda a entrevista, após a concordância da adolescente em participar;

2. a gravação da história de aborto de cada adolescente era anônima e transcrita fora do ambiente hospitalar, onde era juntada aos dados do prontuário, caso houvesse necessidade, por exemplo, os dados sociais e demográficos ou algum dado médico de interesse para a pesquisa. A entrevista era identificada pela data, pelo turno (manhã ou tarde) e pelo hospital (MDER ou CIAMCA). Não havia indexação de dados que permitissem a identificação da adolescente. No máximo, houve duas entrevistas em um mesmo dia uma em cada hospital e todas foram transcritas no mesmo dia. A data da entrevista era a data da transcrição. Logo após a transcrição o gravador era esvaziado para a próxima entrevista, para não haver acúmulo de registros;

3. havia garantia de direito ao sigilo médico pela pesquisadora responsável.

4. o consentimento foi obtido oralmente, para evitar o registro de dados por escrito.

3.6 Aspectos éticos

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) usado foi o oral (apêndice B), para garantir o sigilo e anonimato dos dados. O consentimento oral é recomendado em pesquisas em que a quebra de confidencialidade possa acarretar riscos aos participantes, como é o caso de pesquisas sobre práticas ilegais. O consentimento oral apresenta as mesmas características do TCLE escrito em informação e esclarecimento, mas evita o risco que acompanha a assinatura de um documento. Apesar de a maioria das participantes deste estudo ser menor de idade, não foi solicitada autorização dos pais ou responsáveis. Nas situações onde esteve presente a mãe ou outra responsável e após concordância e vontade expressa da

adolescente, o consentimento e a autorização também foram orais. No caso em questão, as adolescentes não estavam correndo risco de vida, portanto a quebra do sigilo em sua entrevista, quando da solicitação do termo de consentimento dos pais ou responsáveis, não estaria justificada. Além do mais, em muitas situações a prática do aborto induzido não havia sido revelada aos pais, e a solicitação do assentimento pela pesquisadora revelaria um segredo da adolescente que provavelmente ela não gostaria de expor.

Dessa maneira, a pesquisadora solicitou do Comitê de Ética em Pesquisa que revisou o projeto a dispensa da autorização dos pais ou responsáveis para as adolescentes participarem da pesquisa. Às adolescentes foi facultado o direito de não participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento. Nenhuma delas recusou ou interrompeu a entrevista. Os hospitais maternidades Dona Evangelina Rosa e Wall Ferraz autorizaram a investigação sem ressalvas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camilo Filho, sob o CAEE 0051.0.44.000-11(anexo 1).

4 Resultados

4.1 Perfil das adolescentes pesquisadas

No total foram entrevistadas 30 adolescentes, 56% (17) delas no CIAMCA e 44% (13) na Evangelina Rosa. A duração média das entrevistas foi de 26 minutos, tendo a de menor duração levado 19 minutos e a de maior duração, 33 minutos.

A idade da população deste estudo variou de 14 a 19 anos, tendo o maior número das adolescentes de 14 a 17 anos (63%, 19 adolescentes), e as demais entre 18 e 19 anos (37%, 11 adolescentes). Portanto, dois terços das jovens encontravam-se abaixo dos 18 anos, com uma predominância delas entre 16 e 17 anos (53%, 16). Elas caracterizaram-se como brancas (40%, 12), negras, (30%, 9) e pardas (30%, 9). Setenta por cento (21) delas estavam solteiras, e 30% (9) casadas. O número de adolescentes residentes e procedentes de Teresina correspondeu a 87% (27); 6% (2) vinham do interior do estado, e 3% (1) do estado do Maranhão.

A renda familiar variou de meio salário mínimo em 2 (7%) adolescentes, até cinco salários mínimos vigentes, em 4 (14%) delas. Entretanto, a maioria (80%, 24) delas declarou renda de um a três salários mínimos. O grau de escolaridade de 43% (13) era o ensino fundamental; 43% (13), o ensino médio e 13% (4) o ensino superior incompleto. Duas adolescentes que declararam não estudar mais, disseram ter terminado o ensino médio. Além disso, 14 adolescentes (46%) afirmaram estar trabalhando, como babá (2), secretária (3), doméstica (2), agente administrativo (1), *office-girl* (2), vendedora de planos de saúde (1), recepcionista (2) e estagiária como educadora física (1), sendo que metade dessas relatou ser a única fonte de renda da casa. A maioria (53%, 16) das adolescentes não trabalhava, e nenhuma delas morava sozinha. Em sua maioria (77%, 22), elas residiam com os pais ou pelo menos com um deles, a mãe ou o pai. As demais (22%, 8), com marido, avó, irmã ou tia, e 1 (3%) adolescente residia com um casal, para quem trabalhava como doméstica. Essa adolescente, de 15 anos, ganhava meio salário mínimo. Esses dados estão ordenados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características da população de adolescentes com aborto clandestino, segundo idade, escolaridade, cor, renda familiar, trabalho e coabitação. Teresina, 2011

Características	Adolescentes	
	N	%
Idade		
14 a 15	3	10
16 a 17	16	53
18 a 19	11	37
Escolaridade		
Ensino fundamental	13	43,3
Ensino médio	13	43,3
Ensino superior incompleto	4	13,4
Cor		
Branca	12	40
Negra	9	30
Parda	9	30
Renda familiar		
<1 salário mínimo	2	7
1 a 3 salários mínimos	24	80
Entre 4 a 5 salários mínimos	4	13
Trabalho		
Sim	14	46
Não	16	54
Coabitação		
Pai e/ou mãe	22	74
Marido	5	17
Avó	1	3
Tia	1	3
Patrões	1	3

A totalidade das adolescentes entrevistadas afirmou ter conhecimento de algum método contraceptivo tradicional, como a pílula (anticoncepcional hormonal

oral) ou o preservativo masculino. As fontes de informações desses métodos vieram de amigas, revistas ou televisão. Entretanto, a maioria delas (80%, 24) disse usar muito irregularmente somente o preservativo masculino. Os motivos para não adesão ao preservativo foram vários: não aceitação do parceiro, indisponibilidade de um no momento da relação e não gostar de usar. Quanto ao contraceptivo oral, 3 (10%) adolescentes relataram seu uso nos últimos seis meses, sendo que 1(3%) tinha parado por achar que estava tomando a pílula havia muito tempo temia algum dano orgânico. Outra (3%) interrompeu o método porque havia ganhado muito peso em dois meses de uso, e a outra (3%) relatou falha, já que não havia parado até o momento em que suspeitou estar grávida. Por último, 1 (3%) adolescente contou que estava amamentando confiou na amenorreia lactacional como contracepção segura. Houve também 2 (6%) adolescentes que negaram uso de qualquer forma de contracepção nos últimos seis meses.

A maioria (77%, 23) da população deste estudo declarou estar em sua primeira gravidez. Entretanto, 7 (23%) delas estavam na segunda gravidez, e 6 (20%) tinham um filho vivo. Situação singular ocorreu com uma adolescente que havia sido entrevistada no início da pesquisa e, após cinco meses, participou novamente do estudo por ter cometido aborto clandestino pela segunda vez. Essa foi a única jovem que teve registro de aborto anterior.

A confirmação da gravidez se deu por teste de farmácia em 53% (16) dos casos, por beta-hCG em 16% (5), pelos sintomas e o atraso menstrual em 16% (5), e por ultrassonografia transvaginal em 14% (4). A idade gestacional estimada pela data da última menstruação ou confirmada por ultrassonografia estava em até oito semanas em 33% (10) dos casos; de nove a doze semanas em 47% (14) e acima de treze semanas em 20% (6), como mostra a Tabela 2. Importa ressaltar que as adolescentes com idade de 14 e 15 anos eram as que tinham a idade gestacional mais avançada, ou seja, acima de treze semanas.

O período de internação hospitalar para a maioria delas (77%, 23) foi de 24 horas. Quatro (13%) adolescentes ficaram na maternidade entre 3 e 4 dias por dificuldades administrativas do serviço com os exames pertencentes à rotina de internação. Outras 3 (10%) permaneceram internadas por 5 a 20 dias. Essas informações estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Meios de confirmação da gravidez, idade gestacional, paridade, duração da internação e complicações nas adolescentes com aborto clandestino. Teresina, 2011

Variáveis	Adolescentes	
	N	%
Confirmação da gravidez		
Teste de farmácia	16	53
Beta-hCG	5	16
Sintomas e sinais	5	16
Ultrassonografia	4	14
Idade gestacional (semanas)		
Até 8 semanas	10	33
De 9 a 12 semanas	14	47
Acima de 12 semanas	6	20
Número de gestações		
Primeira gravidez	23	77
Segunda gravidez	7	23
Duração da internação (horas)		
24	23	77
72	2	7
96	2	7
120	1	3
360	1	3
480	1	3
Complicações		
Não	27	90
Sim	3	10
Hemorragia grave	1	3
Perfuração uterina	1	3
Infecção grave	1	3

4.2 Métodos para o aborto

O método preferencial para o aborto foi o misoprostol (Cytotec), utilizado por 29 adolescentes (97%). Em apenas 1 (3%) caso houve utilização de outro método (mistura de ervas que a adolescente chamou de garrafada). Uma das adolescentes que usou Cytotec relatou que também usou chá de boldo simultaneamente. A quantidade de comprimidos de Cytotec utilizados pelas 29 (97%) adolescentes, foi entre 3 e 6 unidades. A via de uso foi oral e vaginal simultaneamente por 83% (24) jovens. No entanto, 5 (17%) adolescentes escolheram apenas uma via para o uso do Cytotec, sendo a vaginal em 3 (10%) casos e a oral em 2 (6%) outros. O número de comprimidos utilizado pela maioria (56%, 17) foi 4 comprimidos, mas 6 (20%) delas fizeram uso de 6 comprimidos e outras 6 (20%), de 3 comprimidos. Somente 1 (3%) delas usou 5 comprimidos, conforme evidencia a Tabela 3.

Todas as adolescentes, exceto uma, que fez uso de 3 comprimidos ao dia por dois dias, usaram o Cytotec em única dose. Nenhuma repetiu a dose do medicamento, mesmo as que tiveram resposta tardia, ou seja, que começaram a ter dor ou sangramento após 72 horas do uso do medicamento. Uma delas relatou ter tomado aproximadamente 200 ml (xícara de chá) de “garrafada”, um preparado líquido de ervas abortiva, quatro vezes ao dia por três dias.

A maioria das adolescentes (86%, 26) recebeu orientação para usar o Cytotec à noite e aguardar o efeito, “sangramento forte”, cuja referência era uma quantidade superior ao fluxo menstrual. Elas foram informadas de que o tempo de espera para irem ao hospital seria de aproximadamente seis horas, o que foi aguardado pela maioria (53%, 16). Algumas não obedeceram à orientação do horário de uso nem o tempo de espera, mas todas respeitaram usar os comprimidos em jejum. O motivo relatado pelas adolescentes para usar o Cytotec em jejum seria o fato de saberem previamente que, ao chegar ao hospital, teriam que aguardar um tempo em jejum para receber anestesia e realizar a curetagem uterina. Portanto, o jejum, encurtaria o tempo de internação, algo importante para aquelas que saíram de casa sem que os familiares soubessem do ocorrido. Essa orientação era feita por alguém que já havia realizado o procedimento ou que conhecia alguma mulher que tinha experimentado uma espera mais longa para realização da curetagem uterina por não estar em

jejum. As informações referentes aos métodos, às doses e às vias de administração estão ordenadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Métodos, doses e vias de administração adotados pelas adolescentes para o aborto clandestino. Teresina, 2011

Variáveis	Adolescentes	
	N	%
Métodos		
Cytotec isolado	28	94
Cytotec + chá de boldo	1	3
Misturas de ervas	1	3
Via de administração		
Oral* + vaginal	25	83
Vaginal	3	10
Oral	2	6
Número de comprimidos		
4	17	56
6	6	20
3	6	20
5	1	4
Forma de entrega do Cytotec**		
Em cartelas (com o nome comercial)	25	84
Avulsos (em papel de embrulho)	4	13
Número de doses***		
Única	28	94
6 ***	2	6

* incluída a adolescentes que tomou a mistura de ervas.

**uma adolescente recebeu a mistura de ervas em uma garrafa de refrigerante sem identificação.

***incluída a adolescente que ingeriu mistura de ervas.

4.3 Percursos do aborto

Os percursos que as adolescentes deste estudo tomaram para o processo abortivo após descobrirem a gravidez e decidirem abortar foram: informações sobre custo, local de venda, compra, instruções de uso, revelação do ato do aborto para amiga ou familiar e ida ao hospital. Elas já tinham conhecimento do Cytotec como medicamento abortivo por informações de amigas ou amigos de escola ou do trabalho; pela internet; por já terem ajudado outra amiga a comprar; ou ainda pelo esposo ou namorado. Elas próprias compraram o medicamento ou a “garrafada” em 43% (13) das vezes. Um amigo, amiga ou prima fizeram a compra em 33% (10) dos casos, e em 20% (6) a compra foi feita pelo marido ou namorado. Em 1 (3%) caso, o medicamento foi fornecido pela patroa. Nos casos em que houve compra do medicamento, o local da venda foi a farmácia do bairro onde residia a adolescente (93%, 26) e em outro bairro (7%, 2). Treze delas (45%) afirmaram que o vendedor (42%, 12) ou vendedora (3%, 1) era o proprietário da farmácia ou que o balconista (55%, 16) da farmácia, homem (42%, 12) ou mulher (13%, 4) fez a venda no próprio estabelecimento (93%, 26) ou em local marcado (7%, 2). Na situação de compra da “garrafada”, a mulher que o preparou foi quem vendeu, em sua própria residência. A adolescente que recebeu o Cytotec da patroa desconhecia como ela conseguiu o medicamento e quanto custou. Cada comprimido custou em média R\$ 26,00, tendo o preço variado de R\$16,00 a R\$60,00. Eles eram recebidos em cartelas com identificação do nome “Cytotec” e forma de apresentação em 86% (25) dos relatos. Em 13% (4) dos casos, a adolescente recebeu os comprimidos sem identificação ou avulsos, em papéis de embrulho ou plásticos.

O período de latência, isto é, o tempo entre o uso do medicamento e o aparecimento dos sintomas que deveriam fazer com que a adolescente procurasse o serviço médico, tais como dor pélvica e/ou sangramento transvaginal de moderada a forte intensidade, foi entre 3 horas e 10 dias, sendo que em 53% (16) houve o efeito entre 3 e 8 horas. O efeito entre 9 e 24 horas ocorreu em 23 % (7) delas. Acima de 24 e menos que 72 horas, houve efeito em 13% (4). Um efeito tardio superior a 72 horas ocorreu em 10% (3). Nenhuma delas repetiu a dose do medicamento.

Todas relataram ter conhecimento de que precisariam buscar o serviço médico de urgência após o uso do Cytotec para se submeterem a uma curetagem uterina imediata ou para realizar uma ultrassonografia para saber o que havia acontecido. Entretanto, elas receberam a orientação de que essa busca do serviço não deveria ser feita em tempo inferior a 6 horas a partir do uso do Cytotec, pois do contrário poderiam ser encontrados restos de medicamento intravaginal, o que denunciaria o ato clandestino do aborto. Mesmo com essa orientação, 2 (7%) adolescentes procuraram o serviço antes das 6 horas de espera, alegando não ter suportado as dores intensas que experimentavam. Apesar disso observou-se uma obediência rigorosa às recomendações feitas pelas fontes de orientação em relação à busca de atendimento hospitalar, pois 70% (21) das adolescentes recorreram ao serviço médico por sangramento vaginal de moderada a forte intensidade ou por dor pélvica intensa (30%, 9). Esses dados encontram-se na Tabela 4.

A maioria (80%, 24) delas não revelou aos profissionais que as atenderam, como médicos ou enfermeiras, a utilização do método abortivo quando chegou à admissão do hospital. Seis adolescentes (20%) disseram ter usado o Cytotec, quando foram interrogadas, ou apenas se calaram quando o médico afirmou que haviam feito uso de algum abortivo. As que omitiram ou negaram a informação do ato abortivo alegaram temer a reação do profissional, como discriminação na internação, ameaças de denúncia ou exposição perante as outras pessoas. Em geral (60%, 18) elas consideraram ter recebido um bom atendimento na admissão hospitalar. Entretanto, 40% (12) afirmaram que não foram bem acolhidas. Elas relataram ter sido vítimas de discriminação, atitudes irônicas e sugestões de ameaça por parte da equipe médica ou de enfermagem, independentemente de terem revelado que haviam provocado o aborto. Apesar da confissão do aborto clandestino não ter sido registrada em nenhum prontuário, foi descrito o encontro de restos de medicamento na vagina em dois deles.

Questionadas sobre o atendimento no hospital pela equipe que as atendeu, muitas adolescentes registraram o que mais as incomodou:

“A doutora que fez o ultrassom já tinha botado pressão, dizendo que ele estava perfeito e perguntou se eu não tinha usado remédio para abortar. A enfermeira me fez olhar para o feto quando eu o expulsei; ela insistiu que eu visse. Isso eu achei péssimo” (entrevista 13, adolescente de 17 anos).

Outra se reportou ao comentário que ouviu dos profissionais enquanto esperava a curetagem no centro cirúrgico:

“Eles sabem que a gente usou o remédio porque quando eu esperava a cirurgia a enfermeira perguntou ao médico se ele denunciava as mulheres que praticam aborto e ele disse- ah, se a gente fosse denunciar, todo dia sairia um camburão cheio de mulher daqui!” (entrevista 11, adolescente de 19 anos).

As adolescentes achavam que somente pelo fato de “serem adolescentes” agravava a situação de desrespeito e discriminação por parte de quem as atendeu dentro do hospital.

4.4 Redes de apoio da adolescente

As adolescentes obtiveram informações sobre o local da venda do medicamento e da mistura de ervas através de amiga, amigo e prima em 80% (24) dos casos, do namorado em 10% (3) ou do companheiro em 6% (3). As jovens relataram ter conseguido os recursos financeiros para comprar o Cytotec com o namorado ou marido em 30% (9) das vezes; com o próprio recurso em 30% (9), nas situações em que trabalhavam; com os pais ou irmãos alegando outra finalidade em 30% (9) e com amigos em 10% (3). A compra foi realizada pela própria adolescente em 43% (13) das vezes, por amigo ou amiga em 30% (9), pelo namorado, marido ou companheiro em 20% (6) por prima em 3% (1) ou ainda pela patroa em 3% (1). Por fim, quem levou a adolescente para o hospital foi a mãe ou a tia, a quem a adolescente revelou o ocorrido após ter feito uso do método (43%, 13 casos), ou uma amiga que já sabia do fato (30%, 9 casos). Oito adolescentes (27%) foram sozinha (27%, 8 casos). Todas as adolescentes com idade inferior a 18 anos, ao chegar ao serviço, estavam acompanhadas de uma pessoa maior de idade que seria responsável legal pela internação. Esses dados estão apresentados na Tabela 4.

Nenhuma adolescente foi acompanhada pelo marido, namorado ou companheiro até o hospital. Entretanto, ocorreu uma situação em que o marido (que desejava muito uma gravidez), pensava que o aborto tinha sido espontâneo e acompanhou a jovem até o serviço hospitalar. A idade dos parceiros, namorados ou

maridos variou de 19 (10%, 3) a 39 anos (3%, 1), tendo a maioria entre 23 e 25 (84%) anos e um de 27 anos (3%, 1).

Tabela 4– Percursos e redes de apoio das adolescentes que fizeram aborto clandestino. Teresina, 2011

Variáveis	Adolescentes	
	N	%
Informações sobre o método		
Amiga	15	50
Amigo	9	30
Namorado	3	10
Marido ou companheiro	2	6
Internet	1	4
Fonte do recurso		
Namorado ou marido	9	30
Recursos próprios	9	30
Pais/irmãos	9	30
Amigos	3	10
Compra do medicamento		
Própria adolescente	13	43
Amigo	6	21
Amiga	2	7
Irmã	1	3
Prima	1	3
Namorado, marido	6	20
Patroa	1	3
Venda do medicamento/mistura		
Farmácia		
Proprietário	13	43
Balconista	16	54
Residência		
Curandeira	1	3
Motivos para ir à maternidade		
Sangramento transvaginal	21	70
Dor (cólicas)	9	30

Continua

Tabela 4 – Percursos e redes de apoio das adolescentes que fizeram aborto clandestino. Teresina, 2011

Variáveis	Adolescentes	
	N	%
Período de latência (horas)		
3 a 8	16	54
9 a 24	7	23
25 a 72	4	13
>72	3	10
Ida ao hospital		
Com a mãe	12	40
Com a amiga	9	30
Sozinha	7	23
Com a tia	2	7

4.5 Complicações

Não houve registro de complicações durante ou após o procedimento cirúrgico em 90% (27) das jovens. No entanto, 10% (3) delas sofreram complicações graves, as quais serão relatadas por ordem cronológica de ocorrência:

A primeira complicação foi sofrida por uma adolescente de 15 anos, solteira, com ensino fundamental incompleto, renda de um salário mínimo, primeira gravidez, procedente de localidade a aproximadamente 300 km de Teresina, no interior do Maranhão. A idade gestacional era de 15 semanas. Inicialmente ela tomou uma cartela completa com 20 comprimidos de Ciclo 21 (anticoncepcional oral), na tentativa de provocar o aborto. Em seguida, auxiliada pela patroa, usou o Cytotec, somente pela via oral, em dosagem de 3 comprimidos ao dia por 2 dias. Apresentou, então, sangramento vaginal e cólicas uterinas, o que a fez procurar o hospital local. Ao chegar ao serviço ela informou que havia tomado o Cytotec. Foi examinada pelo profissional, e, logo após, disse-lhe que deveria fazer uma curetagem uterina sem anestesia, procedimento ao qual se submeteu. Entretanto, segundo seu relato “a

curetagem não resolveu o problema”, pois ficou internada e, no dia seguinte foi informada que outra curetagem seria realizada, e, ao perguntar se receberia anestesia, foi dito que no seu caso não “merecia” tal procedimento. Nessas condições submeteu-se por mais duas vezes ao procedimento, ao longo de uma semana e, quando o médico propôs a quarta curetagem, ela recusou, alegando não suportar a dor do procedimento sem anestesia. Permaneceu internada por quinze dias nesse serviço, quando a encaminharam para Teresina, por apresentar quadro grave com suspeita de perfuração uterina e infecção. Ao chegar ao hospital de Teresina foi confirmado o diagnóstico de perfuração uterina. A adolescente foi submetida a cirurgia e permaneceu internada neste hospital por mais quinze dias, quando recebeu alta.

A segunda complicação ocorreu com outra adolescente de 15 anos, solteira, com ensino fundamental incompleto, renda de um salário mínimo, na primeira gravidez, procedente do interior do Piauí, a uma distância de 1.100 km de Teresina, com idade gestacional de 17 semanas. A adolescente havia feito uso de garrafada (misturas de ervas abortivas). Tomou uma xícara de chá seis vezes ao dia por três dias. Quando começou a apresentar sangramento transvaginal intenso, procurou o hospital local da cidade onde reside e foi informada de que lá não resolveriam o seu caso, mas fariam sua transferência em ambulância para a capital. Ao chegar ao hospital de Teresina, estava com perda sanguínea acentuada e queda acentuada de pressão arterial. Foi submetida a curetagem uterina e transfusão sanguínea para corrigir o choque hipovolêmico. Permaneceu internada por cinco dias.

A terceira complicação ocorreu com uma adolescente de 18 anos, casada, ensino médio incompleto, renda de um salário mínimo, na segunda gravidez, mãe de um filho de 9 meses, ainda amamentando, procedente de Teresina e residente no mesmo bairro do hospital que a atendeu. Ela havia feito uso intravaginal de 3 comprimidos de Cytotec e tomado um comprimido oral: ao perceber sangramento vaginal moderado e dor pélvica, foi ao hospital para atendimento e lhe foi dito que precisaria realizar ultrassonografia. Após o exame foi informada de que a conduta seria ficar internada em repouso, tomando medicação analgésica na tentativa de inibir a progressão do aborto, já que estava grávida de feto vivo de 12 semanas. Entretanto, havia área de descolamento fetal, com risco aumentado para abortar. Ficou internada para tratamento médico por três dias e recebeu alta com orientação

de comprar medicação (óvulos vaginais de progesterona) para inibir a progressão do aborto. Ela não obedeceu à recomendação e com dois dias da alta hospitalar, começou a ter febre e calafrios intensos, o que a fez procurar novamente o mesmo hospital. No momento da admissão, houve constatação de quadro de aborto infectado grave (secreção vaginal purulenta de odor fétido, de febre de 39 graus e hipotensão arterial). Foi novamente internada, dessa vez para curetagem uterina e permaneceu no hospital por quinze dias em uso de antibióticos.

5 Discussão

A população deste estudo caracterizou-se por uma predominância de adolescentes menores de 18 anos, solteiras, pardas e negras e urbanas. Elas residiam com algum familiar, geralmente com parentes da família nuclear. E eram estudantes, a maioria com nível de escolaridade baixo para a idade. Isso pode ser reflexo do atraso no início dos estudos, já que somente três delas tiveram relato de repetência de ano e não houve caso de abandono escolar antes do ensino médio. Os dados desta pesquisa revelaram que somente 12 (40%) adolescentes tinham nível de escolaridade adequado para a idade, o que está dentro da média de registros nordestinos, onde a taxa de escolarização é inferior à das demais regiões do país, exceto a região Norte, que tem taxas semelhantes.

O indicador de escolaridade reflete as desigualdades na renda familiar dessas jovens, estando elas inseridas no segundo quinto do grupo das mais pobres do Brasil (72). A maioria tinha renda familiar entre um e três salários mínimos, o que corresponde ao perfil da população que procura os serviços públicos de saúde. Quase metade (14, 46%) das adolescentes da pesquisa trabalhava e, dessas, metade (7, 23%) sustentava a família. Seus relatos sugerem que estar trabalhando significava certa autonomia, inclusive no momento de ter recurso financeiro para a compra do Cytotec, mas também encargo para aquelas que representavam a única fonte de renda da família.

Duas adolescentes haviam parado os estudos no final do ensino médio. Estavam casadas, tinham um filho e trabalhavam. Há questionamentos na literatura se as jovens deixam a escola por se unirem maritalmente e assumirem afazeres domésticos ou se abandonam os estudos antes de ficarem grávidas (56, 65, 67). Há, também, a afirmativa de que certo grau de escolaridade pode representar maior possibilidade de ter recursos individuais para decidir se querem ter filhos, de saber o momento apropriado para ser mãe ou se, diante de uma gravidez, ter condições de optar por sua interrupção (75). Esta pesquisa verificou que a jovem com menor tempo de estudo tinha frequentado a escola por cinco anos, evidenciando grande atraso escolar. A realidade brasileira mostra que as adolescentes com até sete anos

de estudo contribuem com cerca de 20% da fertilidade do país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (46).

As adolescentes participantes deste estudo demonstraram certeza de não quererem gravidez naquele momento, um dado também verificado na pesquisa Gravad, quando as jovens relataram ideia de aborto ao descobrirem a gravidez (103). A segunda entrevistada, por exemplo, de 17 anos, afirmou que “não posso ter filhos agora, pois eu ainda não me formei”. Muitas vezes, não era somente a estabilidade financeira que queriam: elas apenas achavam que não estavam preparadas para a maternidade: “sou muito nova e não quero ser mãe agora” (entrevista 1, adolescente de 17 anos). Para a maioria, ter um filho fazia parte dos planos do futuro “somente após eu ter um emprego e sair da casa dos meus pais” (entrevista 11, adolescente de 19 anos).

Se por um lado a pesquisa revelou que 7 (23%) adolescentes já eram mães de um filho, dado também registrado em outros estudos, (52, 105) por outro lado, esse foi um fator importante na tomada de decisão pelo aborto da segunda gravidez, como sinalizou uma delas: “não posso e não quero outro filho tão cedo, já tenho um muito pequeno para criar” (entrevista 25, adolescente de 18 anos). A adolescente de 17 anos que provocou dois abortos durante o período da pesquisa e teve duas participações neste estudo, alegou motivos semelhantes para provocá-los. Na primeira entrevista, disse: “desejo continuar meus estudos e me formar” e “não quero ser mãe agora”. Na segunda entrevista, disse: “a pílula me engordou muito”, “meu marido quer filho e eu não e vou terminar meus estudos”.

Em recente estudo conduzido nas cinco regiões brasileiras Debora Diniz e Marcelo Medeiros (2012) realizaram entrevista em profundidade com 122 mulheres de 18 a 39 anos que provocaram aborto. Esses pesquisadores investigaram o perfil sociodemográfico dessas mulheres e o itinerário que elas traçaram para abortar. Verificaram que o primeiro aborto ocorreu na adolescência e que a repetição dele ocorreu também no final dessa fase (109). O estudo aqui apresentado verificou repetição de aborto por uma adolescente. Vale lembrar que a maioria tinha entre 14 e 17 anos, existindo a possibilidade de ainda ocorrerem abortos até o final da adolescência. Outro estudo realizado na Dinamarca (2002) tomando os dados de uma base específica verificou que há maior probabilidade de aborto provocado se a

mulher já teve filhos ou provocou abortos previamente (110) Em relação aos motivos alegados pelas mulheres para provocar o aborto, Maria Teresa Olinto e Djalma Moreira-Filho (2004) demonstraram, pelo método de urna, que os mais comumente alegados foram a pouca idade da mulher e falta de condições para educar (111).

Os métodos anticoncepcionais de que as jovens deste estudo tinham conhecimento eram somente a pílula e o preservativo masculino. O uso consistente não estava sendo feito pela maioria nos seis meses anteriores ao aborto, o que é confirmado por outros estudos, que mostram maior relaxamento no uso do método conforme a estabilização do relacionamento (9, 103). Entretanto, 2 (7%) adolescentes do estudo ficaram grávidas de relações ocasionais, em relacionamentos não estáveis. Uma relatou falha do método e a outra, indisponibilidade do contraceptivo no momento da relação. Apesar de terem iniciado a vida sexual havia pelo menos um ano, a maioria nunca tinha ido ao ginecologista e nenhuma adolescente havia usado dupla proteção. O relato delas revela escassez de informações sobre anticoncepção, inclusive de emergência e de proteção individual, o que aumenta o risco de exposição a infecções sexualmente transmissíveis. O Ministério da Saúde tem recomendado a dupla proteção, especialmente na adolescência, período reconhecido como de muitas experimentações sexuais (38).

Algumas adolescentes afirmaram falha do método e outras não toleraram os efeitos colaterais experimentados, o que, por um lado reforça a ideia de que há pouca divulgação e oferta de métodos modernos e variados e, por outro, confirma a possibilidade de ocorrência de gravidez mesmo com os cuidados preventivos recomendados. Uma delas afirmou que “ele sempre usava preservativo, mas deve ter furado e nós não percebemos” (entrevista 1, adolescente de 17 anos). Outra disse: “Confiei na amamentação, pois me disseram que eu não ficaria grávida enquanto amamentasse” (entrevista 25, adolescente de 18 anos). E uma terceira: “Não conheço outro método além da pílula e a camisinha” (adolescente de 16 anos). Estudos têm verificado precariedade ou inexistência de serviços de assistência em saúde sexual e reprodutiva para pessoas jovens, conseqüentemente, pouca oferta de métodos modernos e diversificados (5, 35). A ampla divulgação e o fácil acesso a esses serviços são necessários para reduzir os índices de gravidez indesejada, entretanto, restarão os casos em que as adolescentes não conseguirão evitá-la

como demonstrado em relato acima. Em relação a esses casos, há necessidade de repensar as restrições legais do direito ao aborto.

O diagnóstico da gravidez foi feito por teste urinário de farmácia, beta-hCG sanguíneo ou ultrassonografia, sendo o teste urinário de farmácia o meio preferido das adolescentes participantes do estudo, certamente por ser mais acessível, rápido e barato. A Pesquisa Nacional de Aborto- na fase de entrevistas, constatou a mesma coisa em relação às mulheres de cinco capitais brasileiras (109). O teste foi suficiente para a tomada de decisão sobre o aborto. Entretanto, 5 (17%) adolescentes nem chegaram a realizar teste confirmatório e já induziram o aborto “só os sintomas de gravidez foram suficientes para eu saber que era gravidez” (entrevista 10, adolescente de 16 anos). Inicialmente, as adolescentes compartilharam a decisão com amigas e, por último com familiares como tias, primas ou a mãe. A participação da mãe na cogitação do aborto na adolescência revelou-se importante na pesquisa Gravada (103).

Há mais de duas décadas o Cytotec vem sendo crescentemente citado pelas mulheres que realizam aborto clandestino (94, 105, 109, 112). Neste estudo, a quase totalidade (29, 97%) das jovens usou o Cytotec como método abortivo, já consagrado pelo senso comum como eficiente nessa prática. A única adolescente que usou outro método, mistura de ervas abortivas, residia a 1.100 km da capital. Essa jovem ficou entre aquelas com graves complicações, entretanto, vários fatores podem ter contribuído para o quadro: o aborto tardio, a longa distância até a capital e as condições inadequadas de transporte de paciente com sangramento vaginal acentuado, além de diarreia e vômitos, possivelmente efeitos colaterais da mistura. A PNA-entrevistas (2012) descreveu o uso de chás e ervas combinado ao Cytotec pelas mulheres que abortaram (109), e algumas regiões da África utilizam comumente ervas abortivas na prática do aborto (113). A adolescente acima especificada sabia que o Cytotec era mais eficaz e menos perigoso para ela, porém, não teve recursos financeiros para comprá-lo.

As informações sobre o Cytotec como método abortivo foram facilmente alcançadas por todas as adolescentes do estudo e, geralmente, eram conhecidas antes mesmo de elas engravidarem, em conversas com amigos, namorado, companheiro ou esposo. Após descobrirem a gravidez e decidirem abortar, o que

em geral ocorreu no primeiro trimestre, o passo seguinte foi descobrir o local de venda, o que também não foi difícil para a maioria das jovens. Ou elas foram diretamente ao local de compra, ou isso foi feito por um intermediário, amigo, amiga, prima, namorado ou marido, após a adolescente conseguir o valor estimado por essas pessoas. Quando quem realizou a compra foi o namorado ou marido, estes arcaram integralmente com o valor do medicamento. Em geral elas tiveram que fazer um esforço grande para custear o Cytotec. Fizeram empréstimo, mentiram para os pais ou irmãos ou até parcelaram a compra. Não há dados referentes a essa questão na literatura.

Em artigo brasileiro sobre misoprostol e mídia Debora Diniz e Rosana Castro (2011) descrevem o vendedor do misoprostol como funcionário ou ex-funcionário de farmácia, farmacêutico, do sexo masculino que vendem, principalmente, de forma clandestina outros medicamentos que se propõem a mudanças físicas do corpo (114). Neste estudo, os vendedores, geralmente do sexo masculino (83%, 24), balconistas de farmácias comuns ou eram seus proprietários certificaram-se de que as adolescentes sabiam como usar o Cytotec e quanto tempo aguardar para ir ao hospital. Eles fizeram as recomendações no momento da venda: “ele disse que era para tomar aquela medicação à noite em jejum: - Você coloca quatro na vagina e toma dois e espera sangrar, mais ou menos umas três, quatro horas” (entrevista 14, adolescente de 19 anos).

Muitas jovens afirmaram que o modo de usar também já era conhecido por elas antes mesmo da gravidez. O que elas relataram como difícil e dolorosa foi a espera do sangramento para irem ao serviço. A segunda etapa mais difícil era a revelação da gravidez, para a mãe ou tia, por aquelas que dependiam de um responsável legal para assumir a internação hospitalar. O último obstáculo e talvez o mais constrangedor, foi a chegada ao serviço, a espera e o enfrentamento de olhares e vozes de profissionais que, muitas vezes, eram entendidos por elas como a condenação de um ato que algumas delas sabiam “ser errado”. Finalmente, reconheciam que o término do processo trazia-lhes grande “sensação de alívio” (entrevista 24, adolescente de 16 anos).

A realização do aborto no primeiro trimestre de gravidez, pelas adolescentes deste estudo, sugere resultados sem complicações, conforme evidencia o tempo

mínimo de internação e as condições de retorno imediato às atividades, como queriam algumas delas. A literatura tem demonstrado que quanto mais avançada é a idade gestacional no momento da realização do aborto, maior a probabilidade de complicações (105, 115, 116). Além disso, o uso predominante do Cytotec para abortar, parece ter favorecido também menores complicações inerentes ao medicamento. Atualmente está bem definido que o uso do misoprostol reduz complicações (91, 93, 117), um fato que foi bem demonstrado pelo estudo goiano de Maurício Viggiano *et al.* em 1996 (94).

A facilidade de compra do Cytotec pelas adolescentes do estudo ou por intermediários sugere ter impedido um retardo na realização do aborto e, conseqüentemente, maior número de complicações. Entretanto, o valor cobrado pelos vendedores clandestinos, obviamente, esteve muito acima do valor comercializado do produto e das condições financeiras das adolescentes (118). Três (10%) adolescentes fizeram empréstimo da quantia para comprar o medicamento ou parcelaram a compra, como referido anteriormente. As vantagens atribuídas ao misoprostol são eficácia, facilidade de uso e baixo custo quando disponível no mercado legal (89, 92).

Para as adolescentes, a ida ao hospital era uma etapa do processo abortivo. Como elas não tinham experiência com a prática, algumas vezes ocorreu ida antecipada ao serviço hospitalar, o que resultou, para três delas, em tentativa de reversão do quadro pelos profissionais que as atenderam: “O ultrassom mostrou que o feto estava vivo. Ele decidiu me internar para segurar a gravidez, embora eu não quisesse, mas ele convenceu minha mãe” (entrevista 1, adolescente de 17 anos). Em geral, porém, elas aguardaram o sangramento, uma espera solitária e angustiante feita em jejum absoluto, pois sabiam que, quando chegassem ao hospital a “curetagem só poderia ser feita em jejum” (entrevista 3, adolescente de 19 anos). Os resultados do estudo afirmam que essa era uma etapa inquestionável por elas. Ir ao serviço hospitalar e em condições de jejum foi um passo importante para a resolução final do aborto. As informações acerca de cuidados prévios à internação são repassadas por aquelas que já sofreram um aborto ou por alguém próximo. Esse fato, também foi constatado na Pesquisa Nacional de Aborto (2010) (85). Outro componente importante no processo de aborto clandestino dessas adolescentes foi a presença constante do acompanhante na admissão hospitalar das que tinham

menor idade civil, já que pelos seus relatos havia o conhecimento de que os hospitais “exigem” a presença de alguém que se responsabilize pela internação.

Os resultados levam a crer que as adolescentes não pretendiam esperar que o medicamento atuasse de forma a completar o aborto. Elas tinham a intenção de procurar os serviços de saúde independentemente da característica do sangramento, mesmo porque não tinham parâmetros para saber o que seria um aborto completo ou finalizado sem a curetagem: “Eliminei uma bola de sangue no vaso, achei que era o feto” (entrevista 13, adolescente de 18 anos); “passaram dois dias e não veio aquele sangue que eu esperava, aí eu vim para saber o que tinha acontecido” (entrevista 5, adolescente de 19 anos); e “saiu um sangue coalhado e vim. Só que ainda não estava na hora” (entrevista 9, adolescente de 16 anos). O que geralmente elas esperavam era o tempo superior a seis horas após o uso do medicamento, o que ocorreu com 24 (80%) delas. O intervalo de tempo aguardado pelas adolescentes foi para o medicamento fazer efeito e também para não correrem risco de constrangimento na chegada ao hospital, onde seriam questionadas pelo profissional que iria examiná-las. Esses profissionais poderiam encontrar restos de medicamento na vagina, o que poderia gerar maiores indagações. As jovens foram questionadas se o aborto tinha sido espontâneo ou provocado, e 24 (80%) negaram que haviam induzido o aborto.

Quando questionadas por esta pesquisa, 27 (90%) responderam desconhecer alguma mulher presa por provocar aborto. Entretanto, o temor da denúncia existiu, pois as adolescentes tinham conhecimento de que o aborto é crime no país. Esse dado contrasta com os resultados obtidos por Ellen Hardy *et al.* (1991) com base em questionários de estudantes e funcionárias de universidade paulista sobre suas decisões de abortar, as quais não relataram diretamente o temor de punição legal, mas o temor das consequências físicas, psicológicas e morais (119). As adolescentes deste estudo também recearam a discriminação e o constrangimento pelos profissionais dos serviços que as atenderam, bem como a sanção moral dos familiares. Estudos têm demonstrado que esse receio não é sem razão (118). Para uma nova postura profissional diante da mulher que aborta, o Ministério da Saúde (2010) elaborou o Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento. As normas técnicas de atenção contidas no manual são embasadas em princípios democráticos e laicos, como igualdade de gênero e dignidade da pessoa humana; elas auxiliam

serviços e profissionais na atuação eficaz, qualificada e isenta de julgamentos morais sobre as mulheres e adolescentes que passam por abortamento e suas complicações (61).

A literatura demonstra que, quanto menor é a idade da adolescente maior é a idade gestacional e maiores são as possibilidades de complicações (89). Isso também foi verificado nesta pesquisa, em que 3 (10%) adolescentes uma de 14 e duas de 15 anos, provocaram aborto tardio, isto é, após o primeiro trimestre de gestação. Duas delas tiveram as mais graves complicações do estudo, já descritas anteriormente. Vale ressaltar que, o agravamento do quadro dessas jovens pode ter sido favorecido pela má qualidade da assistência dos serviços que as atenderam, pela falta de estrutura hospitalar, pela discriminação no atendimento do aborto declaradamente clandestino pela adolescente ou pelo simples fato de serem adolescentes. A análise do Instituto Alan Guttmacher sobre a década de progresso desigual do aborto no mundo destaca a possibilidade de tratamento indiferente dos profissionais de saúde com adolescentes que abortam, o que pode ser obstáculo para a busca de serviços de saúde. (89) As complicações descritas neste estudo corroboram a necessidade de sensibilização e capacitação de profissionais e serviços no atendimento de jovens que abortam.

Este estudo demonstrou que 93% das adolescentes que usaram Cytotec não tiveram complicações como infecção ou hemorragia ou outra que ficasse registrada em prontuário. A literatura tem reforçado a segurança do uso do misoprostol tanto em eficácia como em diminuição de complicações (117). Porém, em caso de medicamento sem controle de órgãos de vigilância não é possível assegurar os efeitos e o uso sem orientação de profissionais habilitados, o que pode levar a resultados incertos, como é o caso do Brasil. A duração da internação para 23 (77%) jovens foi somente um dia, o que corrobora o dado acima, ou seja, de menor quantidade de complicações. Quatro casos de permanência maior que um dia, de dois a quatro dias, decorreram de problemas administrativos, como o retardo ou não realização de exames rotineiros específicos da internação, já que não houve registro de complicações nos prontuários. A literatura não tem feito registros sobre duração da internação por complicação pós-aborto. Este estudo verificou que o tempo de internação das adolescentes que tiveram complicações foi no mínimo três vezes superior ao das demais adolescentes. Enquanto aquelas que se internaram somente

para a realização da curetagem uterina permaneceram no hospital por 24 horas, as que tiveram complicações ficaram internadas por um período superior a 120 horas.

Esta pesquisa demonstrou que as adolescentes desta população não desejavam gravidez por terem outros projetos de vida para aquele momento. A gravidez estaria em planos futuros. O aborto foi provocado com Cytotec, um método bastante conhecido por elas. As informações sobre o local de venda do medicamento foram obtidas com pessoas de seu círculo próximo, no ambiente de trabalho, escolar ou familiar. Para realizarem o aborto clandestino, elas necessitaram do envolvimento de pelo menos duas pessoas que as ajudassem desde a compra do Cytotec até a ida ao hospital para realizarem a curetagem uterina, que constituiu uma rede de apoio. Uma dessas pessoas foi frequentemente a mãe, presente na fase final para acompanhar a adolescente ao serviço médico. Essa etapa foi marcada pela ausência do gênero masculino, talvez por uma crença dos homens de que aspectos ligados à resolução de gravidez sejam de domínio feminino, cabendo a eles apenas o cargo de provedor do medicamento.

Este estudo apresenta limitações pela conveniência da amostra. Ele não pode revelar a magnitude do aborto na faixa etária da adolescência, nem tampouco permite inferir, para a população geral de adolescentes, os resultados aqui encontrados. Outros estudos serão necessários para estimar a frequência do aborto clandestino nesta fase da vida das mulheres e dentro desse universo, estabelecer o percentual daquelas adolescentes que não procuram assistência hospitalar; verificar que outras práticas são adotadas por elas; e, finalmente, como é essa realidade para adolescentes que vivem em áreas não urbanas.

No entanto, os resultados deste estudo revelam que o aborto clandestino praticado por essas adolescentes é viabilizado pela utilização do Cytotec tomado oralmente e colocado na vagina, conforme orientação fornecida pelo vendedor ou por uma amiga. O medicamento é encontrado nas farmácias, mas vendido na clandestinidade para as jovens. A venda clandestina do Cytotec torna os resultados imprevisíveis, e seu custo pode não ser acessível para meninas muito pobres, que recorrem ao aborto com métodos alternativos e inseguros. Por outro lado, as adolescentes ainda precisam procurar o hospital para finalizarem o aborto, o que

obriga a revelação da prática a um familiar que será seu responsável legal na internação.

Os resultados demonstram que as adolescentes precisam de orientação profissional nessa etapa do processo abortivo, pois foram constatadas três complicações graves no estudo, que poderiam ter sido evitadas se houvesse informação técnica e menor resistência dos profissionais em acatar a decisão tomada pelas jovens.

Além disso, mesmo em amostra limitada, os dados sugerem a necessidade de mudanças em ações programáticas dos serviços de atendimento a adolescentes, de forma a preparar os profissionais para que possam fornecer orientação técnica às adolescentes que estão determinadas a interromper a gravidez ou mesmo que já iniciaram o uso do Cytotec, bem como para que assegurem atendimento oportuno e livre de discriminação. Essas mudanças teriam o potencial de evitar complicações decorrentes da desinformação da adolescente e possibilitar a liberdade no exercício da sexualidade e no direito de escolha do momento reprodutivo.

6 Conclusões

As adolescentes deste estudo utilizaram preferencialmente, o Cytotec como método abortivo, quatro comprimidos por via oral e vaginal, simultaneamente. O tempo de ação do medicamento foi de 3 a 8 horas, e o principal sinal, sangramento vaginal, acompanhado ou não de cólicas uterinas.

Os percursos tomados pelas adolescentes se iniciaram com solicitação de informações sobre a venda do Cytotec com amigas; em seguida elas buscaram conseguir recursos para comprar o medicamento, fosse com seu próprio dinheiro, fosse com familiares, amigo, namorado, marido, ou por meio de parcelamento da compra na farmácia. O passo seguinte foi a ida ao local da venda do Cytotec, especialmente farmácias comuns de pequeno porte no bairro onde residia a adolescente. Quando não foi a própria adolescente que se dirigiu à farmácia e foi instruída pelo vendedor, a pessoa que fez a compra do medicamento recebeu as orientações de uso e as repassou para ela. As adolescentes usaram os comprimidos em jejum, no final do dia, e ficaram aguardando o sangramento vaginal para, finalmente, irem ao hospital após seis horas de uso do Cytotec, para realização da curetagem uterina.

As redes de apoio das adolescentes foram aquelas que as ajudaram em qualquer momento do processo abortivo: na tomada da decisão de abortar, em geral atuou o companheiro, marido ou namorado; na busca de informações sobre a venda do Cytotec, entraram em cena amigas, o namorado, o marido e mesmo o recurso à internet. Auxiliaram na compra do medicamento amigo, namorado ou marido. Para finalizar o processo de aborto clandestino, houve o apoio daquela que acompanhou a jovem até o hospital, tornando-se responsável por ela na hora da internação: mãe, amiga, tia ou irmã. Foi marcante a ausência do parceiro nesse momento final do aborto.

O estudo aqui apresentado demonstrou que os serviços não estavam preparados para atender adequadamente as adolescentes em processo de abortamento induzido na clandestinidade. Muitas vezes as condutas médicas, autoritárias esquecem a história das jovens, desrespeitando suas decisões.

Este estudo também verificou que, embora as adolescentes tenham obtido informações sobre o método mais eficaz e seguro para abortar e tenham conseguido o recurso para a sua compra, não tiveram a assistência e as orientações técnicas adequadas em todas as etapas do processo abortivo suficientes para evitar complicações graves.

As complicações verificadas neste estudo puderam expressar a gravidade que o aborto clandestino, entre adolescentes, representa no país fosse pela ausência ou pouca sensibilidade com que a questão foi abordada e conduzida nos locais de assistência fosse pela proximidade e semelhança dos diagnósticos dos casos graves com os diagnósticos das mortes por aborto no país, ou seja, os diagnósticos dado para as complicações verificadas neste estudo foram os mesmos encontrados nos registros epidemiológicos como principais causa de mortes por aborto.

Este estudo não tem a finalidade de ser extrapolado para a população geral de adolescentes, por razões já explicitadas. Entretanto os resultados com essa população sugerem a necessidade de mudanças em serviços de atendimento a adolescentes, especialmente aquelas que engravidam e não desejam continuar a gravidez, são pobres e procuram os serviços públicos de saúde, e àquelas que iniciam o processo abortivo e procuram auxílio precocemente antes de iniciar cascata de eventos que poderão culminar em complicações graves e até morte.

Os serviços de atendimento precisam estar preparados para atender isentos de qualquer forma de julgamento ou punição às adolescentes que iniciam o processo abortivo, evitando desfecho desfavorável para elas, permitindo-lhes direito ao exercício da sexualidade livre do aspecto reprodutivo.

Alguns desafios ainda persistem para serem esclarecidos em futuros estudos. A frequência de aborto clandestino na adolescência, quantas dessas adolescentes não necessitam procurar assistência hospitalar, que outros métodos são praticados por elas e como as adolescentes que vivem em áreas rurais praticam o aborto clandestino.

Referências bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Programacion para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra: OMS; Serie de Informes Tecnicos. 286 p.
2. Chaves A. Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente. 2ª ed. São Paulo: LTr; 1997.
3. Resnik MD, Catalano RF, Sawyer SM, *et al.* Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet* 2012; 379 (9826):1564-7.
4. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 2007;369(9568):1220-31.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Brasília: MS; 2006. 57 p.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: MS; 2010.132 p.
7. Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. 462 p.
8. Aberastury A, Knobel M. Adolescência Normal, um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981. 92 p.
9. Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006 Jul;22(7):1421-30.

10. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [internet]. 1948 [acesso em 20 fev. 2012]. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.
11. Unesco. Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem. In: Conferência Mundial sobre Educação para todos; 5-9 de março de 1990; (Jomtien), Tailândia. Rio de Janeiro: Unesco; 1998. 8 p.
12. Viner RM, Ozer EM, Denny S, *et al.* Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012 April; 379(9826):1641-52.
13. Kravdal O. Education and Fertility in Sub-Saharan Africa: individual and community effects. *Demography* 2002; 39(2):233-50.
14. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF; 1998. 174 p.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. [local desconhecido]. IBGE: Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil. 27 abr. 2012 [acesso em 30 de abril de 2012]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2010: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 317 p.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009. 138 p.
18. Blum RW, Bastos FIPM, Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in the 21st century. *Lancet* 2012; 379(9826):1567-8.

19. Novaes RCR, Cara DT, Silva DM, Papa F. Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude; 2006.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. 32 p.
21. Kleinert S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. Lancet 2007 March; 369 (9567): 1057-8.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientação para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 43 p.
23. Carvalho JAM, Brito F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. Rev Bras Estud Pop 2005; 22(2):351-69.
24. Organização das Nações Unidas. Informe de la conferencia internacional sobre la Poblacion y el Desarrollo. In: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento; 5-13 de setembro de 1994; Cairo: United Nations Population Information Network. Nova York: Organização das Nações Unidas;1995.
25. Organização das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. In: IV Conferência Mundial Sobre a Mulher; 1995; Pequim: Organização das Nações Unidas; 1995. 112 p.
26. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. 28-31 january 2002. Geneva: World Health Organization; 2006. 26 p.
27. Ávila M. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad Saude Publica 2003; 19:465-9.

28. Barsted L. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. *Estud Fem* 1994; 2(n. especial): 38-54.
29. Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED. *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores*. Rio de Janeiro; 2003.
30. Ventura M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. 2ª ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; Fevereiro, 2004. 91 p.
31. Hagan JHF Jr. Discerning bright futures of electronic health records. *Pediatr Ann* 2008 Mar;173-9.
32. Fundo de População das Nações Unidas. *Planejamento Familiar no Brasil: 50 anos de história*. Brasília; 2008. 40 p.
33. Avila MB. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. *Estud Fem*. 1993; 2:382-93.
34. Costa AM. Planejamento Familiar no Brasil. *Rev Bioética Conselho Federal de Medicina* 1993; 4(2):13 p.
35. Moreira MH, Araújo J. Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino? *Psicol Estud* 2004; 9:389-98.
36. Brasil. Câmara dos deputados. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília; 1988.119 p.
37. Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre o planejamento familiar, com penalidade e outras providências. 1996[acesso em 20 maio 2012]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dgineco/planfamiliar/lei.htm>.
38. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde- Área Técnica de Saúde da Mulher; 2002. 150 p.

39. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face a nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad Saúde Publica* 2003;19(Suppl. 2):441-53.
40. Fernandes MFM. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Suppl. 2):253-61.
41. Guttmacher Institute, World Health Organization. Facts on Induced Abortion Worldwide. New York: Guttmacher Institute; 2012 [acesso em 10 mar. 2012] Disponível em: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html.
42. Silva SMV. Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil. *Rev Electrón Geogr Cienc Soc* 2000 ago; 69(25).
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fecundidade, Natalidade e Mortalidade. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
44. Yazaki LM. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Estud Av* 2003; 17(49):65-86.
45. Camargo ABM, Yazaki LM. A Fecundidade Recente em São Paulo: abaixo do nível da reposição. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 4 a 8 de novembro de 2002; Ouro Preto, Minas Gerais.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
47. Horta CJG, Carvalho JAM, Nogueira OJO. Evolução do comportamento reprodutivo da mulher brasileira - 1991-2000 - cálculo da Taxa de Fecundidade Total em nível municipal. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 20 a 24 de setembro de 2004; Caxambu. 14 p.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 300 p.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nascimentos no Brasil: o que dizem as pesquisas [internet] 2009. [acesso em 3 abr. 2012] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf.
50. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev Saude Publica 2003; 37(5):559-65.
51. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saude Publica 2003; 19 Suppl 2: S377-88.
52. Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm 2006; 19(2):196-200.
53. Macgregor J, Newlon B. Description of a teenage pregnancy program. J Couns Dev 1987; 65(8):447.
54. American Academy of Pediatrics. Adolescent Pregnancy. Pediatr 1989; 83(1):132-4.
55. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência [internet]. 2010 [acesso em 20 jun. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137.
56. Dias A, Aquino E. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cad Saude Publica 2006; 22(7):1447-58.

57. Cerqueira- Santos E, Paludo SS, Schirò et al. Gravidez na adolescencia: análise contextual de risco e proteção. *Psicol Estud* 2010; 15(1):73-85.
58. Heilborn ML, Salem T, Rohden F et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescencia. *Horizon Antropol* 2002 jun; (17)13-45.
59. A gravidez na adolescência está em queda. [internet]. 2007 [acesso em 03 jun. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1.
60. Guimarães Ximenes Neto FR, Araújo Dias MS, Rocha J et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm* 2007; 60:279-285.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
62. Lopez Alegria FV, Schor N, Siqueira AAF. Gravidez na Adolescência: estudo comparativo. *Rev Saude Pub* 1989; 23(6):473-7.
63. Figueiró AC. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2002; 2(3):291-302.
64. Magalhães MLC, Furtado FM, Nogueira MB et al. Gestação na adolescência precoce e tardia - há diferenças nos riscos obstétricos? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(8):446-52.
65. Santos S, Schor N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saude Publica* 2003; 37(1):15-23.
66. Ferreira RA, Ferriani MGC, Melo DF et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad Saude Publica* 2012 fev; 28(2):313-23.

67. Amy JJ, Loeber O. Pregnancy during adolescence: A major social problem. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007; 12(4):299-302.
68. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(3):567-78.
69. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad Saude Publica* 2004; 20 Suppl 1:S112-20.
70. Sabroza AR, Leal MC, Sousa PR Jr et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad Saude Publica* 2004; 20 Sup 1:S130-7.
71. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1):74-80.
72. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIS 2010: mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos[*internet*] 17 set. 2010[*acesso em 3 abr. 2012*]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticia_visualiza.php?id_noticia+1717&id_pagina=1
73. Gontijo D, Medeiros M. "Tava morta e revivi": significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. *Cad. Saude Publica* 2008; 24(2):469-72.
74. Zeteroglu S, Sahin I, Gol K. Cesarean delivery rates in adolescent pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005; 10(2):119-22.

75. Manlove J. Early Motherhood in an Intergenerational Perspective: The Experiences of a British Cohort. *J Marriage Fam* 1997 May; 59:263-79.
76. Rocha RCL, Souza E, Guazzelli CAF et al. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascido e adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(9):530-5.
77. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiqu Clín* 2006; 33(2):92-102.
78. Barbosa SEM, Petribú K, Mariano MHA et al. Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(1):86-90.
79. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):312-20.
80. Freitas GVSD, Botega NJ. Gravidez na Adolescência: Prevalência de Depressão, Ansiedade e Ideação Suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(3):245-9.
81. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 [internet]. Diário da Justiça Eletrônico nº 78/2012, de 20/04/2012. [acesso em 21 abr. 2012] Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>.
82. Cecati JG, Guerra GVQL, Sousa MH et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32(3):105-11.
83. Souza AI, Aquino MMA, Cecatti JG et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1999; 21(3):161-5.

84. Diniz D, Corrêa M, Squinca F et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25 (4):939-42.
85. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15 Supl.1: 959-66.
86. Sedgh G, Singh S, Shah IH et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379(9816):625-32.
87. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368:1887-92.
88. Rao KA, Faundes A. Access to safe abortion within the limits of the law. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2006; 20(3):421-32.
89. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual. Institute Guttmacher [Internet]. 2009 [acesso em 30 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>.
90. World Health Organization. Division of Family Health. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group [internet]. Geneva: WHO; 1993 [acesso em 20 maio 2012]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf.
91. Grimes DA, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368(9550):1908-19.
92. Barbosa RM, Arilha M. A experiência brasileira com o Cytotec. *Estud Fem.* 1993; (2):408-17.
93. Miller S, Lehman T, Campbell M et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *J Obstet Gynaecol* 2005; 112(9):1291-6.

94. Viggiano MGC, Faúndes Anibal, Borges AL et al. Disponibilidade do misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. J Bras Ginecol 1996; 106(3):55-6.
95. Coelho HLL, Teixeira AC, Santos AP et al. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. Lancet 1993; 341(8855):1261-63.
96. Diário Oficial da União. Resolução 1.534, de 8 de abril de 2011. Brasília 2011; [acesso em 3 maio 2012] p. 1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=11/04/2011&jornal=1&pagina=55&totalArquivos=196>.
97. Corrêa MCV, Mastrella M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. Cien Saude Colet 2012; 17(7):1777-84.
98. Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia. Uso do misoprostol em obstetricia y ginecologia. Bolívia: Flasog; 2005[acesso em 20 jul. 2012]. Disponível em: <ftp://ftp.mendoza-conicet.gob.ar/pub/canzorena/informacion%20linea%20abortos%20no%20punibles/04.%20Uso%20de%20Misoprostol%20en%20obstetricia%20y%20ginecolog%C3%ADa%20%28FLASGO%29.pdf>.
99. Winikoff B, Sheldon WR. Abortion: what is the problem? Lancet 2012; 379(9816):594-6 .
100. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline[internet]. 2004[acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: <http://www.rcog.org.uk/news/rcog-release-revised-guidelines-women-seeking-induced-abortion-published-1>.
101. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion [internet] 2011[acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf.

102. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy for health systems[internet]. Geneva: WHO; 2012[acesso em 30 jun. 2012]. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
103. Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (7):1411-20.
104. World Health Organization. Division of Reproductive Health. Safe Motherhood-Studyng unsafe abortion: a practical guide[internet]. Geneva: WHO; 1996[acesso em 20 maio 2012]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MSM_96.25.pdf.
105. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS et al. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saude Soc* 2012; 21(1):246-56
106. Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 52 p.
107. Fundação Municipal de Saúde. Partos e curetagens uterinas no município de Teresina-PI. Teresina: FMS; 2010.
108. Fundação Municipal de Saúde. Curetagens uterinas no município de Teresina. Teresina: FMS; 2011.
109. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1671-81.
110. Hansen MLH, Molgaard-Nielsen D, Knudsen LB et al. Rates of induced abortion in Denmark according to age, previous births, and previous abortions. *Demogr Res* 2009; 21:647-79.
111. Olinto MTA, Moreira- Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15(5):331-6.

112. Silva DFO, Bedone AJ, Faúndes A et al. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? *Rev Bras Saude Matern Infant* 2010; 10(4):441-7.
113. Thonneau P, Matsuda T, Goyaux N et al. Determinants of maternal deaths in induced abortion complications in Ivory Coast. *Contraception* 2004; 70(4):319-26.
114. 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.
115. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra – ES. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4):615-24.
116. Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cad Saude Publica* 1992; 8:454-8.
117. Elul B, Hajri S, Ngoc NN et al. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 2001; 357(9266):1402-5.
118. Souza ZCSN, Diniz NMF, Couto TM et al. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6):732-6.
119. Costa RG, Hardy E, Osis MJ et al. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. *Cad de Saude Publica*. 1995; 11(1):97-105.

Apêndice A

Roteiro da entrevista

Perguntas de Aquecimento

1. Qual é a sua idade?
2. Você estuda? Que série?
3. Você trabalha atualmente?
4. Mora em Teresina? Onde?
5. E a família? Tem irmãos?
6. Qual é a renda de sua família?
7. Atualmente se relaciona com alguém? É namorado, marido, parceiro, companheiro?
 - 7.1 Qual é a idade dele?
 - 7.2 Há quanto tempo estão juntos?
 - 7.3 Ele trabalha atualmente?

Práticas, Percurso e Redes de Proteção

Percurso

8. Você estava querendo engravidar ou aconteceu sem querer?
 - 8.1 Como você soube que estava grávida?
 - 8.2 Você contou a seu parceiro sobre esta gravidez? Ele queria esta gravidez?
 - 8.2.1 Como seu parceiro reagiu quando soube que você estava grávida?
 - 8.3 O que levou você a abortar?

Práticas

9. Como você abortou?
 - 9.1 O que você usou para abortar?
 - 9.2 Como conseguiu?
 - 9.3 Poderia me contar como usou?

Redes de Apoio

10. Você conversou com alguém sobre a sua decisão de abortar?
 - 10.1 Houve participação ou ajuda do seu parceiro?

- 10.2 Houve participação ou ajuda de alguém da família ou amigo?
- 11. Como foi seu atendimento no hospital quando você chegou?
 - 11.1 Você informou que tinha provocado o aborto no atendimento no hospital?
 - 11.2 Como você foi tratada no hospital depois que você contou que tinha provocado o aborto?

História Sexual e Reprodutiva

- 12. Há quanto tempo você iniciou as relações sexuais?
- 13. Você conhece e já usou algum método para não engravidar?
- 14. De onde você adquiriu informações sobre o método?
- 15. Já foi consultar com ginecologista?
- 16. Você já teve filhos antes?
- 17. Você já perdeu alguma gravidez antes?

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ORAL

(Esse trecho é lido pela pesquisadora para a mulher. Pausas para a explicação são feitas quando necessário).

Você está sendo convidada a participar da pesquisa Aborto entre adolescentes; práticas, percursos e redes de apoio em Teresina-PI. A principal razão deste estudo é tentar saber como e em que condições ocorrem a decisão de abortar e, caso você participe, haverá uma entrevista com perguntas sobre essa questão. Essa conversa será gravada para que eu consiga melhor lembrar o que foi dito.

É muito importante que você saiba que tudo o que for conversado é confidencial e em nenhum momento haverá sua identificação (seu nome não ficará gravado e nem aparecerá em nenhum momento do estudo, assim como nada será anotado no seu prontuário, preservando sua identidade). Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer grande desconforto ou risco à sua vida, mas se houver necessidade após nossa conversa você poderá contar com o apoio da psicóloga da instituição. Essa entrevista não faz parte de seu atendimento do hospital, por isso sinta-se à vontade para participar ou não.

Além disso, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Você também poderá obter esclarecimentos de dúvidas em outros momentos com a pesquisadora pelo telefone (86) 9986 3321 e e-mail m.dhunes@hotmail.com, e, ainda informações sobre a autorização da pesquisa no Instituto Camilo Filho localizado à rua Nogueira Lima, 1347, bairro Jóquei Clube ou pelo telefone (86) 3122 8815. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Anexo



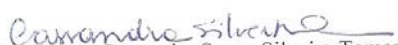
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
Sociedade Piauiense de Ensino Superior
Instituto Camillo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto de pesquisa **Aborto provocado, adolescência e o contexto da vulnerabilidade: uma pesquisa qualitativa em Teresina - PI**, protocolo nº 427/11 e CAEE 0051.0.044.000-11, de responsabilidade da orientanda **Maria das Dores Sousa Nunes** e da professora **Debora Diniz** está de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, tendo sido aprovado na presente data pelo Comitê de Ética em Pesquisa – ICF, com validade de 01 (um) ano, quando será avaliado o relatório final da pesquisa.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Teresina, 30 de maio de 2011.


Professora Cassandra Sousa Silveira Tomaz
Coordenadora do CEP-ICF