

Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil

Histories of induced abortion among adolescents from Teresina in the State of Piauí, Brazil

Maria das Dores Nunes ¹
 Alberto Madeiro ²
 Debora Diniz ³

Abstract *This paper analyses the methods, techniques and support networks taken by adolescents to perform illegal abortions. It is a descriptive and cross-sectional study involving interviews with 30 adolescents who had been hospitalized for uterine curettage in two public hospitals in Teresina between June and November 2011. Informed consent was given orally, and the interviews were recorded after the confirmation of the induced abortion. The adolescents were between 14 and 17 years old, single, and predominantly lived with their parents in urban areas, had little schooling and recorded a gestational age of 12 weeks. Between 3 and 6 tablets of Cytotec were taken orally and/or vaginally by 28 (94%) adolescents, and they were rushed to the hospital due to severe cramping, vaginal bleeding or both. They either bought Cytotec alone (43%, 13), or with the help of a friend or partner (40%, 12). Cytotec was sold to them in ordinary pharmacies, by the owner (45%, 13) or clerk (55%, 55), who provided instructions for use. They went to the hospital with their mother (40%, 12) or a girl friend (30%, 9). Three (10%) adolescents developed serious complications. The study revealed that Cytotec is the main method used to perform illegal abortions among adolescents.*

Key words *Adolescence, Induced abortion, Cytotec, Reproductive health, Uterine curettage*

Resumo *Este artigo analisa os métodos, os percursos e as redes de apoio utilizados por adolescentes para o aborto clandestino. O estudo, transversal e descritivo, entrevistou 30 adolescentes internadas após a curetagem uterina por aborto em dois hospitais públicos de Teresina, de junho a novembro de 2011. O consentimento livre e esclarecido foi oral e as entrevistas foram gravadas após a confirmação do aborto induzido. Majoritariamente, as adolescentes tinham entre 14 e 17 anos, eram solteiras, urbanas, moravam com os pais, tinham baixa escolaridade e registravam idade gestacional de 12 semanas. O Cytotec foi usado isoladamente por 28 (94%) adolescentes – de 3 a 6 comprimidos, vaginal e/ou oralmente, que procuraram o hospital após sangramento vaginal e/ou cólicas intensas. Elas compraram o Cytotec sozinhas (43%, 13) ou com ajuda de amigo ou companheiro (40%, 12), em farmácias comuns. O medicamento foi vendido pelo proprietário (45%, 13) ou pelo balconista (55%, 16), que deu as orientações de uso. O apoio para as adolescentes irem ao hospital foi dado pela mãe (40%, 12) ou por amiga (30%, 9). Houve 3 (10%) complicações graves, resultando em internação de até 20 dias. O estudo demonstra a predominância do Cytotec como método abortivo entre adolescentes.*

Palavras-chave *Adolescência, Aborto clandestino, Cytotec, Saúde reprodutiva, Curetagem uterina*

¹ Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. R. Vitorino Orthiges Fernandes 6123, Uruguai. 64.057-100 Teresina PI. m.dnunes@hotmail.com

² Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher, Universidade Estadual do Piauí.

³ Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília.

Introdução

A gravidez na adolescência é uma questão que esteve na pauta da pesquisa acadêmica nas duas últimas décadas. No Brasil, assim como em outros países, houve aumento da proporção de nascimentos em mulheres com menos de 20 anos, ao contrário do decréscimo observado nas demais faixas etárias^{1,2}. Dados do Ministério da Saúde demonstram que de 1980 até 2004 ocorreu elevação de 15% no total de gestações de 10 a 19 anos. Além disso, o parto vaginal tem sido a primeira causa de internação de jovens entre 10 e 14 anos pelo Sistema Único de Saúde em todos os estados do país^{3,4}. Há evidências de que a gravidez na adolescência é mais comum na parcela negra da população, predomina na zona rural e, como consequência, ocasiona aumento da taxa de evasão escolar^{5,6}.

Entre as adolescentes sujeitas à gestação não planejada, a opção pelo aborto provocado é elevada. Nos países onde o aborto é legalizado, a taxa de interrupção da gravidez entre adolescentes diminuiu no período entre 1995 e 2003⁷. Por outro lado, 1 a cada 8 mortes entre mulheres adolescentes no continente africano tem como causa o aborto clandestino, que é proibido na maioria dos países⁸. Em 2008, estimou-se que 41% dos abortos inseguros em países em desenvolvimento foram feitos entre mulheres de 15 a 24 anos. Desse total, 16% ocorreram entre adolescentes de 15 a 19 anos na América Latina e no Caribe⁹.

Há poucos dados sobre a magnitude do aborto provocado no Brasil, principalmente em decorrência do contexto restritivo legal. Um levantamento por amostragem aleatória realizado com 2.002 mulheres urbanas em 2010, através da combinação do método da urna e de questionário aplicado por entrevistadoras, evidenciou que 15% das mulheres entre 18 e 39 anos já realizaram pelo menos um aborto na vida, sendo que 55% delas necessitaram de internação hospitalar por complicações¹⁰. Desde a década de 1990 houve redução das complicações graves por aborto induzido e, conseqüentemente, da mortalidade materna por essa causa¹¹. Parte da redução das complicações do aborto inseguro decorreu da introdução do misoprostol (princípio ativo do Cytotec) como substância abortiva no país, que passou a ser rápida e amplamente utilizado pelas mulheres com essa finalidade¹².

Os estudos brasileiros sobre aborto clandestino entre adolescentes são ainda mais escassos do que entre outras idades. Em geral, a exigência de autorização de um responsável dificulta a realização de pesquisas dessa natureza. Para transpor essa

dificuldade, pesquisadores têm lançado mão do resgate da memória sobre as experiências reprodutivas na juventude. Um estudo de caráter qualitativo sobre gravidez e adolescência, realizado com 4.643 jovens entre 18 e 24 anos em três capitais brasileiras (Porto Alegre, Salvador e Rio de Janeiro), demonstrou que o aborto foi relatado por 16,7% das mulheres como o desfecho da primeira gravidez¹³. A etapa qualitativa dessa pesquisa entrevistou 123 jovens e constatou que, ao descobrir a gravidez não prevista, a maioria das mulheres (70%) pensou, tentou ou fez o aborto¹⁴.

Em outras regiões do país, percentuais semelhantes de aborto provocado entre adolescentes foram descritos. Em 2011, 26,7% de 2.592 adolescentes de 12 a 19 anos disseram ter induzido o aborto, por meio de entrevistas estruturadas, em Maceió (AL)¹⁵. Na mesma cidade, em 2012, foi realizado estudo com 201 adolescentes submetidas à curetagem uterina pós-aborto. Através da utilização de critérios indiretos para classificar a prática do aborto, os pesquisadores consideraram que 164 adolescentes se encontravam na categoria de aborto certamente provocado. Dessas, 89% usaram misoprostol isolado (20%) ou combinado (77%), 5% tiveram necessidade de transfusão sanguínea e 93% tinham idade gestacional acima de 13 semanas¹⁶.

Os estudos com evidência sobre aborto e adolescentes no Brasil ainda apresentam perguntas não esclarecidas, principalmente em regiões específicas do país. Pouco se sabe, por exemplo, se as práticas abortivas são as mesmas adotadas por mulheres de outras faixas etárias, sobre quem vende e quem compra o misoprostol, sobre como as adolescentes o usam, que sintomas levam à procura pelo hospital e quem as orienta sobre como usá-lo. Além disso, não se conhece quais pessoas auxiliam a adolescente no itinerário da prática abortiva. Este artigo descreve a questão do aborto provocado entre 30 adolescentes internadas para realização de curetagem uterina em Teresina, a quarta capital do país com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), onde não existem dados consolidados sobre o tema. O objetivo principal é caracterizar os métodos, o percurso e as redes de apoio das adolescentes para a interrupção da gestação.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo com delineamento transversal, realizado entre junho e novembro de 2011, na cidade de Teresina (PI). A pesquisa foi

conduzida em dois hospitais públicos onde há maior parcela de atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal do município e de regiões vizinhas. No ano de 2010, os dois hospitais concentraram cerca de 80% das curetagens uterinas realizadas em adolescentes de 10 a 19 anos na capital.

Durante o período de estudo, foram internadas 131 adolescentes de 10 a 19 anos para realização de curetagem uterina por aborto incompleto nos dois hospitais. A primeira autora desta pesquisa, também médica do serviço, identificava as jovens internadas na enfermaria e, após breve exposição, convidava-as para conversar em sala reservada. Nesse momento, havia maior detalhamento do estudo e, em caso de concordância, a entrevista era iniciada. Não houve recusas nas abordagens. Na conversa inicial com a adolescente, nem sempre era possível distinguir se o aborto havia sido espontâneo ou induzido, mas somente foram incluídos no estudo relatos das adolescentes que confirmaram ter induzido o aborto. Trata-se de uma amostra de conveniência, sem seleção prévia das participantes.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado que explorou três questões centrais: práticas, percursos e redes de apoio. As práticas de aborto correspondiam aos métodos utilizados pelas adolescentes para indução do aborto, tais como medicamentos, chás ou ervas, curiosas ou clínicas. Como as adolescentes fizeram referência ao Cytotec como método abortivo, esse artigo optará pela menção a esse nome comercial, apesar de seu registro ter sido suspenso pela Anvisa em 2011. Atualmente há somente um único medicamento à base de misoprostol (Prostokos) comercializado no Brasil, com uso restrito em ambiente hospitalar¹⁷. Os percursos do aborto diziam respeito aos itinerários percorridos pelas jovens 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, amigos, comerciantes e outros.

As entrevistas foram gravadas e transcritas em local fora dos hospitais. Para a análise, todas as entrevistas foram lidas de forma pormenorizada e, a seguir, tabuladas em um roteiro estruturado de perguntas sobre os métodos, o itinerário e as redes de apoio para abortar. O consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente,

a fim de garantir o sigilo das narrativas. Não foi solicitada autorização dos pais ou responsáveis, e a entrevista se deu no contexto do sigilo médico. Nenhuma das participantes corria risco de vida. Nas situações em que a mãe ou outra responsável esteve presente, e após concordância ou vontade expressa da adolescente, foi também solicitado o consentimento da responsável. Os dois hospitais autorizaram a pesquisa, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Camilo Filho.

Resultados e discussão

Perfil sociodemográfico das adolescentes

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das adolescentes. Houve uma concentração de adolescentes com menos de 18 anos, solteiras, pardas e negras, urbanas, que moravam com a família nuclear. A maioria das jovens tinha escolaridade inferior à esperada para a idade. Quase metade (46%, 14) das adolescentes afirmaram trabalhar, sendo que 23% (7) dessas declararam ser a única fonte de renda da família. A renda familiar entre um e três salários mínimos foi a mais comum. Nenhuma delas morava sozinha e, na sua maioria (73%, 22), elas residiam com os pais ou apenas com um deles. Doze (40%) adolescentes tinham escolaridade adequada para a idade, o que representa a média das regiões Norte e Nordeste, mas inferior à das demais regiões do país¹⁸.

Características do aborto atual

A Tabela 2 mostra que 77% (23) das adolescentes estavam na primeira gravidez, mas 23% (7) disseram estar na segunda gravidez, e 20% (6) dessas últimas tinham um filho vivo. A única adolescente com história de dois abortos o vivenciou no intervalo de 05 meses durante a coleta de dados da pesquisa. As mulheres que já tinham um filho afirmaram que esse fato foi importante para a decisão de abortar na segunda gravidez. Em 2012, um inquérito realizado com 122 mulheres de 18 a 39 anos que provocaram aborto investigou o perfil sociodemográfico dessas mulheres e o itinerário que elas traçaram para interromper a gravidez. Os autores verificaram que o primeiro aborto ocorreu na adolescência e que a repetição dele se deu no final dessa fase¹⁹.

A confirmação da gravidez foi feita através de teste de farmácia por 53% (16) das adolescentes;

β -hCG sérico por 16% (5); sintomas e sinais do atraso menstrual por 16% (5); e ultrassonografia transvaginal por 14% (4). A Pesquisa Nacional de Aborto, na fase de entrevistas, observou dado semelhante em relação às mulheres de outras faixas etárias de cinco capitais brasileiras¹⁹. Cinco adolescentes (16%) não realizaram teste confirmatório, sendo os sintomas e sinais do atraso menstrual suficientes para a decisão pelo aborto. A idade gestacional estimada pela última menstruação ou por ultrassonografia era de até oito semanas em 33% (10) dos casos, de nove a doze semanas em 47% (14) e superior a treze semanas em 20% (6). A realização do aborto ainda no primeiro trimestre pode ter diminuído os riscos de complicações,

pois há uma relação entre as complicações e o tempo gestacional²⁰.

Métodos, percursos e redes de apoio para abortar

A Tabela 3 apresenta os métodos adotados pelas adolescentes: o Cytotec, isoladamente, foi utilizado por 94% (28) das adolescentes, e, combinado a chás, foi usado por apenas uma adolescente para induzir o aborto. 97% (29) das adolescentes usaram de 3 a 6 comprimidos: 80% (24) usaram por via oral e vaginal simultaneamente; 10% (3) somente por via vaginal; 7% (2) exclusivamente por via oral. A forma de uso foi em única dose por 94% (28) das adolescentes. A maioria delas (84%, 25) recebeu o medicamento em cartela comercial com registro de Cytotec, ao passo que 13% (4) delas os receberam em papéis avulsos sem identificação da procedência. Uma única adolescente utilizou mistura de ervas abortiva (garrafada), por via oral.

Tabela 1. Características sociodemográficas das adolescentes com aborto clandestino. Teresina, 2011.

Características	Adolescentes	
	N	% [*]
Idade (anos)		
14 a 15	3	10
16 a 17	16	53
18 a 19	11	37
Escolaridade		
Ensino fundamental	13	43
Ensino médio	13	43
Ensino superior incompleto	4	14
Cor		
Branca	12	40
Negra	9	30
Parda	9	30
Renda familiar (salário mínimo)		
< 1	2	7
1 a 3	24	80
Entre 4 a 5	4	13
Conjugalidade		
Solteiras	21	70
Casadas	9	30
Trabalho		
Sim	14	46
Não	16	54
Coabitação		
Pai e/ou mãe	22	73
Marido	5	17
Avó/ tia	2	7
Patrões	1	3
Procedência		
Teresina	27	90
Interior do Piauí	2	7
Interior do Maranhão	1	3

* Alguns percentuais foram arredondados.

Tabela 2. Distribuição das adolescentes segundo o número de gestações, forma de confirmação da gravidez, idade gestacional, duração da internação e complicações do aborto. Teresina, 2011

Variáveis	Adolescentes	
	N	% [*]
Número de gestações		
Primeira gravidez	23	77
Segunda gravidez	7	23
Meio de confirmação da gravidez		
Teste de farmácia	16	54
β -hCG	5	16
Sintomas e sinais	5	16
Ultrassonografia	4	14
Idade gestacional (semanas)		
Até 8	10	33
De 9 a 12	14	47
Acima de 12	6	20
Duração da internação (horas)		
24	23	77
72	2	7
96	2	7
> 120	3	9
Complicações		
Não	27	90
Sim	3	10
Hemorragia grave	1	3
Perfuração uterina	1	3
Infecção uterina grave	1	3

Desde o início da sua comercialização na década de 1980, o misoprostol tem sido o método predominante para abortar pelas mulheres brasileiras¹⁷. A restrição legal ao misoprostol, que culminou com a suspensão de sua venda em farmácias comuns, não impediu sua ampla utilização, mas levou as mulheres para o comércio ilegal de medicamentos. Assim, pode haver comprometimento da eficácia da droga tanto pela possibilidade de comprimido sem o princípio ativo ou com subdoses, como também pela utilização inconsistente do misoprostol pela mulher.

A Tabela 4 descreve os percursos percorridos para o aborto, revelando uma experiência bastante semelhante entre as adolescentes entrevistadas: 43% (13) delas adquiriram sozinhas o Cytotec, e o local de aquisição mais comum foi a farmácia no bairro onde cada uma vivia (93%, 26). As que compraram o Cytotec em farmácia, 43% o fizeram diretamente com o proprietário, a vasta maioria no próprio estabelecimento. O custo médio de cada comprimido foi de R\$ 26,00, tendo variado entre R\$ 16,00 e R\$ 60,00. A única adolescente que fez uso de “garrafada” adquiriu na residência da mulher especialista em ervas.

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

Variáveis	Adolescentes	
	N	%
Método		
Cytotec isolado	28	94
Cytotec + chá de boldo	1	3
Mistura de ervas (“garrafada”)	1	3
Via de administração		
Oral + vaginal	24	80
Vaginal	3	10
Oral*	3	10
Número de comprimidos		
3	6	21
4	16	55
5	1	3
6	6	21
Forma de entrega		
Em cartelas (com o nome comercial)	25	84
Avulso (em papel de embrulho)	4	13
Garrafa de refrigerante (mistura de ervas)	1	3
Número de doses		
Única	28	94
Seis*	2	6

*incluída a adolescente que ingeriu a mistura de ervas.

A figura do vendedor do Cytotec é ainda pouco conhecida pelos estudos em saúde pública no Brasil. Um artigo analisou o enquadramento do misoprostol na imprensa brasileira e identificou indícios do perfil do vendedor: um funcionário ou ex-funcionário de farmácia, especializado em medicamentos para o corpo, tais como hormônios ou inibidores do apetite²¹. O vendedor do Cytotec para as adolescentes assumiu características semelhantes: um homem vinculado à farmácia como vendedor ou proprietário, que se encarregou de oferecer informações básicas de saúde e segurança. Uma das adolescentes con-

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

Características	Adolescentes	
	N	%
Informações sobre o método		
Amiga	15	50
Amigo	9	30
Namorado ou marido	5	16
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/prima	2	6
Namorado ou marido	6	20
Patroa	1	3
Venda do medicamento/mistura		
Farmácia		
Proprietário	13	43
Balconista	16	54
Residência (especialista em ervas)	01	3
Motivos para ir ao hospital		
Sangramento transvaginal	21	70
Dor (cólicas)	9	30
Período de latência (horas)		
3 a 8	16	54
9 a 24	7	24
25 a 72	4	13
> 72	3	10
Acompanhante no serviço de saúde		
Amiga	9	30
Sozinha	7	23
Tia	2	7
Mãe	12	40

tou: *Ele me disse: ‘Você coloca quatro na vagina e toma dois e espera sangrar, mais ou menos umas três, quatro horas’.*

O período de latência, ou o tempo que levou entre o uso do medicamento e o aparecimento de sintomas, foi de no mínimo 3 horas, tendo sido superior a 72 horas em três casos. Os sintomas, dor pélvica intensa e/ou sangramento de moderada a forte intensidade, deveriam fazer com que a adolescente procurasse o hospital. Em geral, o sangramento vaginal ou as cólicas uterinas surgiram até 24 horas após o uso do Cytotec. A adolescente que tomou a “garrafada” ingeriu uma xícara de chá, quatro vezes ao dia por três dias, começou o sangramento no terceiro dia. As adolescentes relataram que tinham conhecimento de que precisariam ir ao hospital para realizar curetagem uterina imediata ou ultrassonografia para avaliação.

Havia, no entanto, algumas regras básicas, compartilhadas por quase todas as adolescentes: elas foram instruídas a usar o medicamento à noite e em jejum, devendo procurar o hospital após seis horas de uso, mas somente em caso de sangramento vaginal intenso. A maioria das adolescentes seguiu à risca as prescrições do vendedor ou de sua rede de apoio – um cuidado estratégico para eliminar os vestígios do medicamento na vagina, segundo elas. Duas adolescentes buscaram assistência médica antes das seis horas e se justificaram pelas dores pélvicas intensas. O jejum assumiu conotações particulares à situação de dependência familiar das adolescentes: o estômago vazio aceleraria a curetagem, o que diminuiria o tempo de internação e, conseqüentemente, o afastamento injustificado da família.

A maioria (80%, 24) das adolescentes não revelou a indução do aborto aos profissionais do atendimento hospitalar. Somente seis delas (20%) confirmaram o uso do Cytotec, após questionamento direto do profissional responsável pela assistência. As que omitiram ou negaram o aborto justificaram-se pelo receio de sofrer discriminação, ameaça de denúncia ou exposição perante outras pessoas. Das adolescentes, 40% (12) sentiram-se vítimas de discriminação, de atitudes irônicas ou de ameaças por parte da equipe médica e de enfermagem, independentemente de terem revelado que haviam provocado o aborto. Uma delas resumiu seu incômodo pela cena da expulsão do feto: *A enfermeira me fez olhar para o feto... ela insistiu que eu visse. Isso eu achei péssimo.* A declaração dessas jovens evidencia a precariedade do acolhimento ofertado a elas nesses serviços. Outros estudos também já demonstraram que o aten-

dimento nos hospitais públicos pode ser inadequado, com relatos de maus-tratos, atitudes preconceituosas e até denúncia pelos profissionais de saúde^{22,23}. Recentemente, um inquérito realizado com 2.804 mulheres internadas por complicações do aborto em três capitais nordestinas, mostrou que 235 (8,9% do total) delas relataram sentir-se discriminadas em decorrência da suspeita ou da certeza de terem provocado o aborto²⁴.

Para as adolescentes, ir ao hospital seria o estágio final do ciclo do aborto, iniciado com o atraso menstrual. Muitas delas não cogitaram a possibilidade de finalizar o aborto sem assistência médica. Essa inquietação sobre o momento adequado de ir ao hospital fez com que três delas fossem internadas ainda em estágios iniciais de sangramento, o que estimulou os profissionais a tentar convencê-las a mudar de ideia: *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.* A mãe (40%, 12) e as amigas (30%, 9) foram as acompanhantes mais comuns das adolescentes, muito embora 23% delas tenham chegado sozinhas ao hospital. Da compra clandestina do misoprostol, passando pela espera dolorosa para apagar os vestígios do medicamento abortivo e culminando com a ida ao hospital público, muitas adolescentes descrevem esse itinerário como solitário, arriscado e incerto.

Complicações do aborto

Complicações graves foram observadas em 3 adolescentes desta pesquisa, principalmente em razão de problemas de assistência pós-aborto. A primeira ocorreu com uma adolescente de 15 anos e em primeira gravidez, procedente do interior de outro estado, com gestação de 15 semanas. O aborto foi provocado por ingestão oral fracionada de 6 comprimidos de Cytotec por 2 dias. Ela foi submetida a três curetagens uterinas sem anestesia, tendo ficado internada por 15 dias. Ao questionar sobre o porquê de não ser anestesiada, foi informada de que seu caso não “merecia” tal procedimento. Em estado grave, foi encaminhada para Teresina, onde foi diagnosticada perfuração uterina e infecção. Após a cirurgia, permaneceu internada por 15 dias.

Outra complicação ocorreu com uma adolescente de 15 anos, solteira, em primeira gravidez, residente no interior do Piauí, com gestação de 17 semanas. Ela havia ingerido doses fracionadas de mistura de ervas, a “garrafada” por três dias. Ao iniciar o sangramento vaginal em grande

quantidade, procurou assistência médica local e foi transferida para Teresina por falta de condições de atendimento. Teve que viajar 1.100 km e mais de dez horas em busca de assistência médica, necessitou de transfusão sanguínea por choque hipovolêmico e ficou internada por cinco dias.

Por último, uma jovem de 18 anos, em segunda gravidez, com um filho de 9 meses, ainda amamentando, residente em Teresina, vivia uma gestação de 13 semanas. O aborto foi induzido com Cytotec por via vaginal e oral. Ao procurar assistência médica, foi internada para tentativa de inibir a progressão do aborto. Recebeu alta e, após dois dias, retornou com quadro de aborto infectado grave. Permaneceu internada por 15 dias para realizar curetagem uterina e usar antibióticos.

Essas complicações indicam a má prática na assistência em saúde fornecida a muitas dessas mulheres. Em outros países há evidências de que as complicações pós-aborto podem ser em parte decorrentes da qualidade do atendimento hospitalar prestado²⁵. O risco aumentado de morte foi relacionado com o maior tempo de espera no hospital para obtenção do tratamento para complicações do aborto provocado²⁶.

Considerações finais

A novidade deste estudo foi ter explorado um tema silenciado, porém fundamental à saúde pública no Brasil, como é o aborto entre as adolescentes. Por razões metodológicas e legais, são raros os estudos sobre a trajetória de adolescentes que

abortaram clandestinamente, em particular em regiões periféricas do país. O Cytotec é o principal método para o aborto clandestino utilizado por adolescentes em Teresina. A quase totalidade das adolescentes entrevistadas fez uso de Cytotec vaginal e/ou oral para iniciar o aborto sozinha. Assim como outros estudos nacionais já mostraram, as adolescentes adquirem o Cytotec de vendedores de farmácia, uma figura central para a transmissão de cuidados básicos de saúde e instruções de uso do medicamento. Sozinhas ou acompanhadas das mães ou amigas, as adolescentes buscam os hospitais para finalizar o aborto, mas somente após uma espera média de oito horas, intervalo considerado suficiente para apagar os vestígios do medicamento na vagina.

Três adolescentes apresentaram complicações graves de saúde em decorrência do aborto clandestino. Os relatos das adolescentes indicam que as complicações não foram consequência direta do método utilizado (duas delas haviam usado o Cytotec e uma tinha ingerido “garrafada”), mas da precariedade da assistência às mulheres em processo de abortamento. A maioria das adolescentes omitiu dos médicos e enfermeiras que haviam provocado o aborto, por receio de sofrer discriminação ou maus-tratos. A combinação entre a ineficiência dos serviços e o controle da informação pelas mulheres aumenta o risco de consequências graves à saúde. As complicações vivenciadas pelas adolescentes apontam para a urgente necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para o atendimento às mulheres em processo de abortamento.

Colaboradores

MD Nunes realizou as entrevistas. MD Nunes, A Madeiro e D Diniz redigiram o artigo.

Referências

1. Gupta N, Leite IC. Adolescent fertility behavior: trends and determinants in Northeast Brazil. *Int Fam Plann Perspect* 1999; 25(3):125-131.
2. Senanayake P, Faulkner KM. Unplanned teenage pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003; 17(1):117-129.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estudo da Mortalidade das Mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*: relatório final. Brasília: MS; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS; 2001.
5. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. *Rev Saude Publica* 2012; 46(4):685-693.
6. Sing S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. *Stud Fam Plann* 1998; 29(2): 117-136.
7. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379(9816):625-632.
8. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115(2):121-126.
9. Shah IH, Ahman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country regions: high burden among young people. *Reprod Health Matters* 2012; 20(39):169-173.
10. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.
11. Viggiano MGC, Faundes A, Viggiano ABF, Souza GR, Rebello I. Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. *J Bras Ginecol* 1996; 106(3):55-61.
12. Faundes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Adv Contrac* 1996; 12(1):1-9.
13. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1431-1446.
14. Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1411-1420.
15. Correia DS, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas em Maceió (AL, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2469-2476.
16. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saúde Soc* 2012; 21(1):246-256.
17. Corrêa MCDV, Mastrella M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1777-1784.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). SIS 2010: mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos [Internet] 17 set. 2010 [acessado 2012 abr 3]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticia_visualiza.php?id_noticia+1717&id_pagina=1
19. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1671-1681.
20. 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):615-612.
21. 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.
22. Bertolani GBM, Oliveira EM. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. *Saúde e Sociedade* 2010; 19(2):286-301.
23. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1795-1804
24. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, Schiavo E, Lima LP, Menezes CAS, Marinho LFB, Coimbra LC, Campbell O. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Cien Saude Colet* 2012; 17(7): 1765-1776.
25. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okanofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368(9550):1908-1919.
26. Mayi-Tsonga S, Oksana L, Ndombi I, Diallo T, Sousa MH, Faundes A. Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. *Reprod Health Matters* 2009; 17(34): 65-70.

Artigo apresentado em 16/10/2012

Aprovado em 20/10/2012

Versão final apresentada em 24/10/2012