

## A UTILIZAÇÃO DE MISOPROSTOL POR MULHERES PARA O ABORTO INDUZIDO NO CONTEXTO DE ILEGALIDADE DO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Anne Karoline Borges Silva<sup>1</sup>  
Clarice Chemello<sup>2</sup>  
Érica Renata de Souza<sup>3</sup>

**Resumo:** O aborto está entre as cinco principais causas de mortalidade materna no Brasil. Estima-se que uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já realizou ao menos um aborto. O presente estudo analisou o uso do misoprostol em abortos clandestinos no contexto de ilegalidade brasileiro e discutiu essa questão como um problema de saúde pública através de uma revisão narrativa da literatura no período de 2006 a 2016, com busca nas bases PubMed, LILACS e Scielo, além de documentos diversos relacionados ao assunto, como guias da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde. Estudos demonstram que o misoprostol tem sido o método mais utilizado para a interrupção voluntária da gravidez nas últimas duas décadas e o aumento do uso desse medicamento para indução do aborto tem contribuído para a queda do número de complicações. A restrição do aborto pela lei não reduz a realização do mesmo, no entanto, faz com que ele seja realizado em condições precárias e inadequadas, o que coloca a vida das mulheres em risco, principalmente das mulheres negras e pobres, que encontram-se em situação de maior vulnerabilidade social. Espera-se que este estudo possa instigar discussões sobre direitos reprodutivos e sexuais, relações de gênero, descriminalização e legalização do aborto, que reflitam a elaboração de políticas públicas eficazes voltadas à diminuição de mortes femininas, principalmente das mulheres em condições sociais mais vulneráveis.

**Palavras-chave:** Misoprostol. Cytotec. Aborto ilegal. Aborto clandestino. Saúde da mulher.

### *Introdução*

A discussão sobre aborto envolve questões legais, morais, éticas, religiosas e políticas, que perpassam debates sobre inequidades de gênero, raça e classe, assim como a autonomia da mulher sobre o próprio corpo, direitos humanos e direitos à saúde, não apenas reprodutiva, mas integral, gratuita e de qualidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), mundialmente são realizados cerca de 21 milhões de abortos inseguros, sendo que 97% deles ocorre nos países em desenvolvimento, os mesmos países que possuem leis mais restritivas em relação ao procedimento.

---

<sup>1</sup> Mestranda no Programa de Pós-Graduação de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da UFMG, Belo Horizonte – MG, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Doutora da Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte – MG, Brasil.

<sup>3</sup> Professora Doutora da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Belo Horizonte – MG, Brasil.

No Brasil, de acordo com o Código Penal, o aborto é considerado crime, exceto em casos de estupro ou risco à vida da mulher grávida, sendo também permitido nos casos de anencefalia. Porém, sabe-se que mesmo nos casos em que o aborto induzido é legal, existem restrições no acesso ao procedimento (Vieira, 2012).

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), mostrou que 15% das mulheres entre 18 e 39 anos já realizaram aborto e 48% delas usaram medicamento, sendo que 55% necessitaram de internação hospitalar por complicações (Diniz e Medeiros, 2010).

Estima-se que uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já realizou ao menos um aborto no Brasil (Diniz e Medeiros, 2010). Os números no país são estimados entre 900 mil e 1,4 milhões anualmente (Domingos e Merighi, 2010; Melo *et al*, 2014) e ressalta-se que a mensuração correta desses números é difícil devido à subnotificação e à situação de clandestinidade em que os abortos ocorrem (Diniz, 2008). Devido à ilegalidade, que torna o aborto um procedimento inseguro, ele figura entre as cinco principais causas de mortalidade materna, representando aproximadamente 12,5% dos casos (Ministério da Saúde, 2009; Vieira, 2010).

Entre os métodos utilizados para provocar o aborto, estudos demonstram que o misoprostol tem sido o mais recorrente para a interrupção voluntária da gravidez nas últimas décadas (Ministério da Saúde, 2009; Diniz e Medeiros, 2010; Diniz e Madeiro, 2012).

O Misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1 efetivo no tratamento e prevenção da úlcera gástrica induzida por anti-inflamatórios não hormonais (Ministério da Saúde, 2012). Também possui utilidade em obstetrícia, pois induz contrações e o alargamento do colo uterino, por isso tem sido amplamente utilizado nesse campo (Ministério da Saúde, 2012; Corrêa e Mastrella, 2012). Assim, identificando a necessidade de se discutir a utilização desse medicamento para abortos clandestinos, o presente trabalho buscou reunir e analisar os dados da última década disponíveis sobre o uso do misoprostol para abortos clandestinos no Brasil.

### ***Metodologia e métodos***

Uma revisão narrativa da literatura foi realizada em entre janeiro e julho de 2016, reunindo produções sobre o uso de misoprostol para aborto clandestino de 2006 a 2016 das bases PubMed,

LILACS e Scielo, além de documentos diversos relacionados ao assunto, como guias da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.

### *Desenvolvimento*

O misoprostol foi aprovado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde na década de 80, com indicação para o tratamento de úlceras, na época comercializado livremente com o nome de Cytotec® (Zordo, 2016). Não é claro como as mulheres se apropriaram do uso do misoprostol para a interrupção da gravidez, mas ao final dos anos 80 e início dos anos 90, o uso desse medicamento para o aborto ilegal já ganhava grandes proporções (Diniz, 2008; Zordo, 2016).

Assim, em 1991, o Ministério da Saúde proíbe a venda livre e passa a exigir receitas médicas para a venda desse medicamento nas farmácias (Corrêa e Mastrella, 2012). Em 1998, a portaria 344 classifica o misoprostol como medicamento sujeito a controle especial e restrito a uso hospitalar, na tentativa de restringir o acesso aos abortos ilegais realizados com misoprostol (Anvisa, 1998; Corrêa e Mastrella, 2012). Dessa maneira, as mulheres passaram a obtê-lo clandestinamente (Diniz e Madeiro, 2012).

No Formulário Terapêutico Nacional (2010), o misoprostol é indicado para indução de parto no terceiro trimestre de gravidez e indução de aborto, além de estar disponível na RENAME 2010 em comprimidos vaginais de 25 e 200 microgramas. O uso vaginal é indicado por ser considerado mais eficaz e seguro que o uso oral (Ministério da Saúde, 2010).

Sua utilização na área obstétrica é recomendada pelo Ministério da Saúde, em protocolo sobre o uso do misoprostol nos casos de indução de aborto quando permitido por lei, esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal, amolecimento cervical antes de aborto cirúrgico (AMIU ou curetagem) e indução de trabalho de parto (maturação de colo uterino) (Ministério da Saúde, 2012).

A OMS também possui um guia completo sobre métodos utilizados para abortos seguros, no qual o misoprostol é recomendado como uma das primeiras opções para interrupção da gravidez em associação com outros medicamentos, principalmente a mifepristona, uma antiprogesterona que se liga aos receptores da progesterona, inibe a ação desse hormônio e, portanto, interfere com a continuação da gravidez. Nos países em que a mifepristona não está disponível, a OMS recomenda o uso do misoprostol isolado (Organização Mundial de Saúde, 2012).

O regime de mifepristona e misoprostol tem sido o mais amplamente utilizado para induzir aborto nos países em que o aborto é legal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012)

recomenda esta combinação, com uma dose inicial de mifepristona seguida de misoprostol, porém a mifepristona não está disponível no Brasil.

O Formulário Terapêutico Nacional (2010) recomenda o uso de esquemas específicos do misoprostol para abortamento no primeiro e no segundo trimestre da gravidez. Respectivamente, indica 800 microgramas por dia, durante dois dias, via vaginal, com repetição do esquema após 72 horas, caso necessário, ou avaliação de novo método abortivo; 200 microgramas de 12 em 12 horas, durante dois dias, via vaginal, com repetição do esquema em intervalos de 3 a 5 dias até que o aborto ocorra ou avaliação de novo método (Ministério da Saúde, 2010).

O Protocolo de Utilização do Misoprostol em Obstetrícia (2012) considera que os efeitos adversos desse medicamento são náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, os quais ocorrem em 10 a 30% dos casos, sendo dose-dependentes (Ministério de Saúde, 2012). Seu uso tem sido comprovado como estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração na área obstétrica (Sierra *et al*, 2010; Ministério DA Saúde, 2010; Organização Mundial de Saúde, 2012; Corrêa e Mastrella, 2012; Angulo e Feria, 2014; Zordo, 2016). Seu uso nas últimas décadas modificou o panorama do aborto no país, contribuindo para a queda do número de complicações decorrentes de abortos ilegais (Silva *et al*, 2010).

Um estudo retrospectivo em Recife avaliou 1.840 mulheres internadas para realização de curetagem uterina por aborto, observando taxa de infecção de 4,2% nas usuárias de misoprostol e 49,4% naquelas que utilizaram outros métodos (Diniz e Madeiro, 2012).

Na Flórida, estudo realizado em 2010 com 450 gestantes que decidiram abortar com o misoprostol considerou o método eficaz, já que causou o aborto completo sem a necessidade de procedimento cirúrgico na maioria das mulheres. O aborto completo ocorreu em 409 pacientes na primeira administração de misoprostol, enquanto 19 pacientes receberam uma segunda dose e o método cirúrgico foi utilizado nas restantes 22 mulheres. Com a aplicação do método não cirúrgico, houve poupanças no orçamento de US\$ 16.793,54 (Sierra *et al*, 2010).

Apesar das evidências que têm comprovado o uso do misoprostol como seguro, estudos brasileiros têm pesquisado a suposta ligação entre teratogenicidade e o uso do misoprostol (Diniz, 2008). A Síndrome de Möbius (SM), uma má formação rara, é indicada como a principal sequela para o feto na tentativa ineficaz de aborto por misoprostol (Diniz, 2008). Os estudos médico-farmacêuticos indicam risco aumentado de menos de 10%, de teratogenicidade ligado ao uso do misoprostol, mas não são cientificamente comprovados, não contribuem para a criação de uma base de evidências científicas e trazem ilações causais sobre aborto provocado com o misoprostol, de

maneira que podem reforçar a estigmatização de um procedimento comum na vida reprodutiva das mulheres (Corrêa e Mastrella, 2012).

Apesar de não se conhecer os números reais de mulheres que abortam com o misoprostol, sabe-se que mesmo com a ilegalidade o seu uso continua ocorrendo em grande escala e que tem sido o método mais utilizado pelas brasileiras ao abortarem clandestinamente (Ariha, 2012).

Os estudos analisados na pesquisa “Aborto e saúde pública: 20 anos de estudos no Brasil”, mostram que predominantemente as mulheres que realizam aborto utilizam o misoprostol (Diniz, 2008). Desde a década de 90 observa-se aumento do número de abortos completos, uma diminuição no número de complicações severas, como hemorragia e infecções pós-aborto, apesar dos ainda altos índices de internações hospitalares por aborto incompleto (Diniz, 2008; Diniz e Madeiro, 2012).

Em artigo sobre o aborto clandestino no Brasil, examinou-se o comércio ilegal de misoprostol e dez casos do Ministério Público do Distrito Federal entre 2004 e 2010. A maioria dos vendedores de misoprostol trabalhava em farmácias comunitárias e instruiu as mulheres sobre como utilizar a droga e como prevenir infecções. No entanto, eles se recusaram a fornecer-lhes cuidados em caso de emergência. O traficante, outra figura que aparece nos inquéritos analisados, vende o misoprostol pela internet e possui um acervo grande de medicamentos de gênero, ou seja, aqueles relacionados a mudanças corporais, como disfunção erétil, obesidade ou o aumento de massa muscular. As principais causas de mortalidade materna foram a demora na procura de cuidados médicos devido ao medo das mulheres de serem processadas e o uso de misoprostol associado a métodos invasivos (Diniz e Madeiro, 2012; Zordo, 2016).

O comércio ilegal do medicamento favorece sua adulteração e a venda de apresentações com subdoses ou sem o princípio ativo, o que compromete sua eficácia. Além disso, as mulheres podem depender das orientações dos vendedores da droga ou de seus próprios saberes, o que muitas vezes resulta no uso inadequado do fármaco (Diniz e Madeiro, 2012). O registro de dezenas de mulheres com indicação de aborto incompleto pelo uso de medicamentos indica que o mercado do misoprostol pode estar dominado por produtos falsificados (Diniz e Castro, 2011).

Desde 2005, servidores foram desenvolvidos para fornecer informações baseadas em evidências sobre o aborto médico e tornar a informação científica sobre o uso de misoprostol disponível em países com leis restritivas ao aborto, como o Brasil. O "Women on Web", por exemplo, ajuda mulheres a acessar interrupção da gravidez até nove semanas, fornecendo informações, aconselhamento clínico online e entrega de um kit de medicamentos para o aborto. Porém, as mulheres mais vulneráveis, ou seja, de classe social mais baixa, normalmente não possuem acesso a essas informações (ZORDO, 2016, p. 25).

Se, por um lado, o acesso ao misoprostol reduziu as sequelas e complicações por métodos abortivos arriscados comuns aos anos 1980, por outro, o contexto de ilegalidade do aborto lança novos desafios à saúde pública. Um deles é o risco de aproximação das mulheres e seus parceiros ao tráfico ou comércio ilegal de drogas para adquirir o misoprostol; o outro é o de que, para muitas mulheres, a eficácia do misoprostol como método abortivo depende do acesso imediato a hospitais para a finalização do aborto (DINIZ, 2008, p. 25).

Como consequência do alto número de internações devido às complicações provenientes de procedimentos inseguros, além dos danos à saúde e direitos da mulher, os gastos em saúde também são maiores (Diniz e Madeiro, 2012).

### ***Discussão***

Em todos os estudos incluídos na revisão, inclusive nos documentos nacionais e internacionais, afirma-se que o aborto é um problema de saúde pública e precisa ser tratado como tal. De acordo com Diniz (2008), as pesquisas realizadas para estimar o número de abortos e como eles são feitos no Brasil variam muito no método utilizado e, enquanto algumas têm abrangência nacional, outras são realizadas em uma região específica do país. Dessa maneira, é difícil comparar sistematicamente os estudos utilizados na revisão. Percebe-se a variação do número de mulheres que compõem as amostras, métodos utilizados, local dos estudos e variáveis analisadas.

No entanto, é possível notar que os dados levantados pelas pesquisas indicam uma mesma tendência em relação ao número de abortos ilegais, aos marcadores sociais do aborto e ao uso do misoprostol. Os números estimados de aborto apontam a situação alarmante do Brasil e a necessidade de discutir essa questão na área da saúde; os marcadores sociais do aborto que mais aparecem nos estudos são gênero, raça, classe social e geração, indicando a importância desses recortes como norteadores da discussão do aborto; o uso do misoprostol relatado nos estudos reforça que ele é um dos métodos mais utilizados para aborto no país.

Segundo Martins-Melo *et al* (2014), aproximadamente um milhão de abortos inseguros são realizados anualmente no Brasil. De acordo com Domingos e Merighi (2010), ocorrem 50 a 70 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos no país, dos quais Ramos (2010) estima que 10 a 15% têm sido comprovados como decorrentes de abortos. Diniz e Medeiros (2010) ressaltam a importância de notar que devido à ilegalidade do aborto, esses dados são estimados e presume-se que são subnotificados, já que nem todas as mortes por aborto são registradas no SUS, além de apenas uma porcentagem das mulheres que realizam o procedimento ser atendida em hospitais após



o aborto. Ou seja, o panorama brasileiro em relação ao aborto pode ser ainda mais complexo do que as pesquisas conseguem demonstrar.

De acordo com a pesquisa “Aborto e saúde pública: 20 anos de estudos no Brasil”, consegue-se inferir que qualquer mulher na faixa etária fértil estaria sujeita à realização de um aborto clandestino no Brasil, independentemente de sua classe social, cor ou crença religiosa. Entretanto, há um apontamento de que são as mulheres negras ou pardas, com menor condição financeira ou maior vulnerabilidade social que estarão expostas a maiores riscos decorrentes de um aborto inseguro no Brasil (DINIZ, 2008).

Segundo Diniz e Madeiro (2012), há todo um comércio em torno da clandestinidade do aborto, relacionado ao misoprostol e às clínicas clandestinas. Santos *et al* (2013) ressalta que as mulheres de condição social privilegiada e que possuem maior acesso a informações confiáveis, têm recursos para escolher por clínicas minimamente mais adequadas, pois podem pagar pelo procedimento, que não necessariamente será seguro, porém poderá incluir menores riscos à essas mulheres. Já as mulheres pobres e/ou adolescentes normalmente não poderão escolher. Muitas vezes recorrerão a clínicas clandestinas totalmente inadequadas, com procedimentos invasivos ou utilizarão o misoprostol em casa, sem orientação confiável.

Para Diniz (2008), no contexto de saúde é importante entendermos melhor quais as peculiaridades de cada região em relação ao aborto, como as mulheres abortam com o medicamento em casa, quais as suas experiências, para que então se possa traçar ações que atinjam diferentes grupos. No entanto, como lembra Santos *et al* (2013), a ilegalidade é um entrave para as pesquisas nesse campo, quando dificulta o acesso a essa população e suas experiências com o aborto inseguro e o misoprostol.

Todas as pesquisas utilizadas nessa revisão apontam o misoprostol como o método mais utilizado para o aborto no Brasil, em combinação com outros métodos ou isolado. O uso do misoprostol se mostra como uma possibilidade de método de escolha para o aborto precoce, recomendado no Formulário Terapêutico Nacional (2010) e no Protocolo de Utilização do Misoprostol em Obstetrícia (2012), além de ser uma das primeiras escolhas no guia para Aborto Seguro da OMS (2012), combinado à mifepristona.

De acordo com o MS (2010) e a OMS (2012), é considerado um medicamento seguro e eficaz, desde que utilizado corretamente, em local adequado. Diniz (2008) ressalta a falta de dados em relação ao uso do medicamento. Acaba-se por não conhecer os números reais de seu uso, qual o seu custo e como as mulheres têm acesso a ele.

Silva *et al* (2010) demonstra que seu uso cresceu desde a década de 90 e com isso, houve um menor número de mortes e complicações relacionadas ao aborto. O misoprostol apresentou-se como uma nova alternativa de realização do aborto clandestino, por ser um método menos invasivo e mais confiável. No entanto, segundo Diniz e Madeiro (2012) a comercialização ilegal do misoprostol também expõe as mulheres a novos riscos: a aproximação ao tráfico de drogas, o uso de comprimidos falsificados, com menor quantidade de princípio ativo e sem orientações de fonte confiável, muitas vezes decorrentes dos próprios vendedores. O uso do misoprostol falsificado pode levar ao aumento do número de abortos incompletos e maior necessidade de atendimento em hospitais para finalização do aborto. Porém, muitas mulheres demoram a procurar os serviços de saúde por medo de serem criminalizadas ou estigmatizadas, o que aumenta o risco de sequelas.

Vieira (2011) discute que apesar de o Brasil ser signatário de acordos internacionais que reconhecem que o aborto inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária, as ações em torno da saúde reprodutiva e sexual das mulheres têm sido muito falhas. Mesmo com as iniciativas de ações em saúde, pouco ou quase nenhum resultado se observa quanto ao tema do aborto.

De acordo com Santos *et al* (2013), no país ainda não se tem consolidadas efetivamente as políticas de saúde relacionadas à educação sexual, uso de métodos contraceptivos, planejamento familiar e acolhimento adequado de mulheres em situação de abortamento no SUS. Assim, as desigualdades sociais no país se refletem nos dados sobre aborto. Para Zordo (2016), as mulheres com menor condição social, não têm acesso a informações em saúde adequadas e não são amparadas pelo SUS como deveriam.

Segundo Diniz (2008) e Santos *et al* (2013) é necessário discutir a descriminalização do aborto no Brasil com maior seriedade e considerar os recortes sociais presentes na vida das mulheres, ou seja, as relações desiguais de gênero, raça e classe, entre outras. De acordo com Villela e Monteiro (2015), devido às inequidades de gênero, as mulheres são estigmatizadas e sofrem com desigualdades e violências cotidianamente em diversos âmbitos, principalmente em relação à sua sexualidade e reprodução. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) considera esses fatores como agravantes do processo saúde-doença das mulheres no Brasil, de maneira que o debate sobre relações de gênero, raça e classe devem ser norteadores da discussão sobre aborto como um problema de saúde pública.

O Estado, apesar de estar previsto na Constituição de 1988 como laico, é gerido por um quadro político ainda muito conservador e de base patriarcal, que não demonstra interesse em realizar essa discussão amplamente sem a citação de argumentos de base religiosa.



Independentemente da lei restritiva em relação ao aborto e mesmo com as ações em saúde realizadas, as mulheres continuam a abortar, a morrer e a sofrer com as consequências biopsicosociais decorrentes de abortos inseguros.

### ***Conclusão***

Nesse contexto, ressalta-se que esse debate precisa avançar, principalmente na área da saúde, envolvendo os profissionais desse campo em discussões e ações em relação a esse tema. É importante que se busque referências nacionais e internacionais, tanto sobre a situação brasileira quanto sobre a situação de países que legalizaram o procedimento de interrupção da gravidez, além de incentivar a produção de estudos qualitativos que abordem as práticas, sentidos e significados do aborto medicamentoso para as mulheres e também para os profissionais de saúde.

Dessa maneira, é imprescindível para que se possa aprofundar os debates que já ocorrem institucionalmente, ou seja, no governo e na área da saúde, considerando e priorizando as demandas dos movimentos sociais, como o movimento feminista, que possuem papel essencial na conquista de direitos pela saúde integral da mulher e normalmente são invisibilizados nos estudos. Faz-se necessário entender e tratar o aborto como um problema de saúde pública, como uma responsabilidade do Estado e dos profissionais de saúde, que devem discutir e intervir nessa questão para que as mortes maternas e as complicações pós abortamento sejam evitadas. Os profissionais de saúde podem e devem cobrar do Estado ações que concretizem as políticas de saúde já formuladas em relação ao abortamento humanizado e cobrar que novas e efetivas ações em saúde sejam realizadas, assim como devem ser responsabilizados adequadamente quando abusarem de seu poder nos serviços de saúde para discriminar mulheres em situação de abortamento.

O uso do misoprostol ou de outros métodos para o abortamento apenas será seguro a partir do momento em que essas mulheres tiverem autonomia para decidir sobre o seu próprio corpo, puderem ter acesso a informações confiáveis e meios adequados para a realização do aborto, além de suporte em saúde antes, durante e após a sua decisão.

Percebe-se que é necessário pensar em quatro questões principais nesse processo, com ênfase para os dois últimos pontos, pouco abordados nos estudos da revisão: educação sexual de qualidade para o exercício pleno e responsável da sexualidade; disponibilidade de contraceptivos e planejamento familiar no SUS para evitar a gravidez indesejada; desconstrução das relações de poder dentro das relações de gênero, para que a mulher tenha autonomia plena sobre a sua sexualidade e descriminalização e legalização do aborto para a diminuição das mortes maternas.

## Referências

ARILHA, M. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1785-1794, 2012.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro, artigo 124. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 30 de janeiro de 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 21 de janeiro 2016.

BRASIL. Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em 21 de janeiro de 2016.

BRASIL. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Anvisa). Portaria 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa; 1998. Disponível em [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria\\_344\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf) Acesso em 21 de janeiro de 2016.

CORREA, M.; MASTRELLA, M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1777-1784, 2012.

DINIZ D, MADEIRO A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1795-1804, 2012.

DINIZ, D. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília: UnB; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(1):94-102, jan, 2011.

DOMINGOS S. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 jan-mar; 14 (1): 177-81.

MARTINS-MELO FR et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):508-520.

MILANEZ N. A experiência de mulheres e a decisão pelo aborto provocado em uma região do estado do Espírito Santo, Brasil. 2014. 127 f. Dissertação (Pós graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Humanizada Ao Abortamento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. 7ª ed. Brasília: MS; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo Utilização Misoprostol Obstetrícia. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems; 2012.

SIERRA, M.; UGALDE, A.; PELÁEZ L.; MIRANDA O.; BÁEZ, Y.; CRUZ S. Misoprostol como método de interrupción del embarazo, una alternativa clínica económica. 2011.

SILVA D. F. O., BEDONE A. J., FAGÚNDES A., FERNANDES A. M. S., MOURA V. G. A. L. Aborto provocado: Redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2010:441–447.

VIEIRA E. M. Aborto legal: O conhecimento dos profissionais e as implicações das políticas, pp. 1–3. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2012.

VILLELO, W.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):531-540, jul-set 2015.

ZORDO, S. A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.19-35, jan.-mar. 2016.

ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1745-1754, 2012.

**The use of misoprostol by women for induced abortion in the context of Brazil's illegality: a narrative review of the literature**

**Abstract:** Abortion is among the five leading causes of maternal mortality. It is estimated that one in five women by the age of 40 has already made at least one abortion. This study aims to analyze the use of misoprostol in clandestine abortions in Brazil illegal context and discuss this issue as a public health problem through a narrative review of the literature during the period from 2006 to 2016, with a search in PubMed, LILACS and Scielo bases, besides documents related to the subject, such as the World Health Organization and Brazilian Ministry of Health guidelines. Studies have shown that misoprostol has been the most widely used method of abortion in the last two decades and the increasing use of this medication for abortion induction has contributed to reduce the number of complications. Restricting laws does not reduce abortion, however, makes it to be held in poor and inadequate conditions, which puts women's lives at risk, especially poor and black women, the ones with greater social vulnerability. It is hoped that this study will instigate discussions on reproductive and sexual rights, gender relations, decriminalization and legalization of abortion, reflecting the development of effective public policies aimed at reducing female deaths, especially among women in more vulnerable social conditions.

**Keywords:** Misoprostol. Cytotec. Illegal abortion.