

Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade

Abortion and health in Brazil: challenges to research within a context of illegality

Aborto y salud en Brasil: desafíos para la investigación sobre el tema en un contexto de ilegalidad

Greice M. S. Menezes ¹
Estela M. L. Aquino ¹
Sandra Costa Fonseca ²
Rosa Maria Soares Madeira Domingues ³

doi: 10.1590/0102-311X00197918

Resumo

A pesquisa sobre o aborto impõe grandes desafios, que são redobrados em contextos onde a prática é ilegal. As mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gravidez ou declarar o aborto como espontâneo, o que resulta em subestimação da sua ocorrência. A pesquisa sobre o tema é imprescindível, por permitir estimativas de incidência do aborto e de suas complicações, e a identificação de demandas insatisfeitas e de grupos mais vulneráveis de modo a embasar ações e políticas de saúde. Neste artigo pretendeu-se descrever os principais desafios enfrentados, a partir de uma revisão de estudos originais sobre o tema e da reflexão das autoras com base na realização de pesquisas empíricas. Discute-se as dificuldades para obtenção da informação, as estratégias e técnicas utilizadas para aumentar a acurácia e a confiabilidade, seus limites e vantagens, e para estimativas de ocorrência do aborto e de suas complicações, com o uso de métodos diretos (entrevistas e extração de dados de prontuários) e indiretos (fontes de dados secundários de morbidade e mortalidade). Na investigação das complicações do aborto, aborda-se os estudos de mortalidade e morbidade enfatizando-se as especificidades dos abortos entre as causas obstétricas. São apontados os principais indicadores utilizados e aspectos metodológicos para sua construção. Recomendações são feitas para superar problemas metodológicos e realizar novos estudos. Em conclusão, a relevância da pesquisa sobre o aborto e a necessidade de abordagens para contemplar sua complexidade são reiteradas.

Aborto Criminoso; Pesquisa; Métodos; Entrevista

Correspondência

G. M. S. Menezes
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
Rua Basílio da Gama 316, Campus Universitário do Canela,
Salvador, BA 40110-040, Brasil.
greice@ufba.br

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

³ Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

A pesquisa sobre o aborto impõe grandes desafios mesmo onde sua prática é legal, inexistindo um contexto “único e universal” para sua declaração ¹. Em razão da norma social condenatória, as mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gravidez ou declarar o aborto como espontâneo, o que resulta em subestimação da sua ocorrência ². Onde o aborto é legal, é registrado formalmente nos serviços de saúde, e a mensuração da sua ocorrência pode ser efetuada diretamente com base em estatísticas oficiais. Ainda assim, abortos legais são reconhecidos como uma parte de todos os abortos induzidos, em razão do sub-registro e da subdeclaração ^{2,3}.

Isso se agrava muito em contextos de ilegalidade da prática, nos quais a clandestinidade e a falta de assistência médica ocasionam abortos realizados em condições inseguras, ou seja, praticados por indivíduos não qualificados e/ou em ambientes sem os padrões sanitários mínimos ⁴. Nessas circunstâncias, a interrupção voluntária da gravidez pode ter graves consequências sobre a saúde, inclusive levando à morte, o que não ocorre quando o procedimento é efetuado em condições seguras ⁴. Ao serem realizados na clandestinidade, não há possibilidade de registros confiáveis.

Apesar dos desafios redobrados, em contextos muito restritivos, a pesquisa sobre o tema é imprescindível por permitir estimativas de incidência do aborto, dos seus fatores associados e de suas complicações, e a identificação de demandas insatisfeitas e de grupos mais vulneráveis de modo a embasar ações e políticas de saúde.

Esse é o caso do Brasil, onde o aborto é permitido apenas nos casos de estupro, risco de vida para as mulheres e anencefalia fetal. A criminalização reforça as desigualdades sociais e aumenta a vulnerabilidade às suas complicações, inclusive às mortes, atingindo preferencialmente mulheres negras, jovens, de baixa escolaridade, sem companheiro, estudantes ou trabalhadoras domésticas ^{5,6}.

Neste artigo, pretendeu-se descrever os principais desafios metodológicos na pesquisa sobre aborto em contextos de ilegalidade como o brasileiro, valendo-se de uma revisão de estudos originais sobre o tema com metodologia quantitativa ⁷ e da reflexão das autoras com base na realização de pesquisas empíricas ^{8,9,10,11}.

Um primeiro desafio: a obtenção da informação

A clandestinidade e o estigma associados ao aborto tornam complexa a sua investigação, a começar pela sua própria admissão pelas mulheres. A interrupção voluntária de uma gravidez envolve conflitos morais, éticos e religiosos, que aliados à condenação social e reforçados pela ilegalidade, resultam em omissão do relato ou na sua declaração como espontâneo ¹². Logo, excluir simplesmente os abortos espontâneos das análises pode levar à subestimação da incidência de abortos provocados ¹³.

Distintas estratégias e técnicas têm sido usadas para obter informações que permitam estimativas da ocorrência de abortos provocados, mas nenhuma assegura completamente sua fidedignidade ou completude.

As estratégias mais frequentes incluem o uso de estatísticas oficiais de abortos legais; inquéritos demográficos em saúde reprodutiva (tais como os *Demographic and Health Survey* realizados periodicamente em vários países), inquéritos populacionais com amostras representativas de mulheres, inquéritos de usuárias e outras populações selecionadas, estudos de registros hospitalares sobre internações por aborto e estudos de mortalidade por esta causa ^{2,3,14}. Cada uma tem vantagens e limites sumarizados no Quadro 1.

As principais técnicas para a produção de dados primários são a extração de dados de prontuários e outros registros hospitalares, e a realização de entrevistas a mulheres com aplicação de questionários padronizados, sejam elas face a face ou por meio de instrumentos autoaplicados, com graus variados de declaração ^{2,3,14}.

Instrumentos autoaplicados são considerados uma boa alternativa porque as respostas não são conhecidas por quem aplica o questionário, e o sigilo é melhor preservado. Entretanto, dependem, em grande parte, do nível de escolaridade e da aceitação das participantes, embora esta não seja uma limitação exclusiva dos estudos sobre aborto ¹⁵.

Quadro 1

Estratégias para obtenção de informações para estimativas da ocorrência de abortos induzidos.

Métodos	Vantagens	Limites
Análise de estatísticas oficiais dos abortos legais	Acesso direto aos “abortos por razões médicas ou legais” (CID-10 O04.9). Uso de diferentes fontes (instituições governamentais, provedores privados, reembolso de seguro).	Depende do grau de restrição legal ao aborto. Cobertura e completude dos registros dependem do grau de regulação das fontes produtoras das informações e prestadoras da atenção ao aborto.
Estudos de mortalidade por complicações do aborto	Baixo custo. Acessibilidade anual contínua. Permite análises de tendência temporal. Permite comparações regionais.	Expressam as condições de extrema gravidade. Dependem da qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito. São as causas obstétricas mais vulneráveis ao sub-registro e à subinformação. Disponibilidade muito limitada de informações sobre determinantes sociais.
Estudos sobre internações hospitalares por complicações do aborto	Baixo custo. Acessibilidade anual contínua. Permite análises de tendência temporal e comparações regionais.	Refletem apenas as condições mais graves em que houve ou poderia haver complicações do aborto. Dependem da qualidade da informação registrada. Dificuldade na distinção entre abortos provocados e espontâneos. Disponibilidade muito limitada de informações sobre determinantes sociais. No Brasil, o sistema cobre apenas o setor público.
Inquéritos demográficos em saúde reprodutiva (DHS)	Disponibilidade da informação. Regularidade da realização. Comparação com outros países.	Nem sempre incluem as gestações que resultaram em aborto. São decenais e não fornecem informações nos intervalos. Vulneráveis ao sub-relato mesmo em contextos legais.
Inquéritos domiciliares com entrevistas de amostras de mulheres	Representatividade populacional. Permitem incluir os homens como respondentes sobre suas parceiras.	Mais caros e complexos. Vulneráveis ao sub-relato mesmo em contextos de legalidade. Mais vulneráveis a recusas explícitas.
Inquéritos de usuárias de serviços hospitalares	Permitem o estudo de casos de <i>near miss</i> . São mais eficientes para localizar mulheres que fizeram aborto.	Refletem complicações do aborto que resultaram em busca de assistência à saúde. Excluem mulheres que completaram o aborto sem internação e aquelas com dificuldades extremas de acesso.
Estudos com populações selecionadas	Permitem investigar grupos vulneráveis, tais como profissionais do sexo, jovens, mulheres HIV+.	Com frequência exigem estratégias amostrais e de recrutamento específicas. Instrumentos e sua aplicação devem ser culturalmente adequados. Inferências limitadas às populações de referência.
Extração de dados de prontuários e outros registros hospitalares	Permite o acesso a um grande volume de dados sobre aspectos clínicos para a classificação do tipo de aborto e de suas complicações.	Depende do acesso aos prontuários e da qualidade do preenchimento. Dificuldade de interpretação das informações registradas. Variedade da forma e qualidade dos registros entre os profissionais de saúde.

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão; DHS: *Demography and Health Surveys*.

Alternativas como a Técnica de Resposta ao Azar (TRA) e o Método da Urna têm sido aplicadas para aumentar a acurácia da informação e mensurar a subdeclaração do aborto provocado ^{16,17}. A primeira é uma técnica probabilística para estudo de situações estigmatizantes ou ilegais, como o aborto, com total desconhecimento da resposta pela pessoa que entrevista; na segunda, a entrevistada deposita em urna a resposta em cédula com linguagem simples e não identificada (Figura 1). No Brasil, a TRA foi aplicada em inquéritos populacionais no Estado de São Paulo ^{18,19}; e o Método de Urna em estudo no Rio Grande do Sul ²⁰ e na *Pesquisa Nacional de Aborto* (PNA), em 2010 ²¹ e 2016 ²².

A construção de questionários estruturados culturalmente adequados, com especial cuidado na formulação e na ordem das questões, pode assegurar maior aceitação pelas entrevistadas e respostas mais fidedignas ¹. É essencial evitar expressões que criem constrangimento, como por exemplo, perguntar sobre a perda de um filho a mulheres que provavelmente provocaram um aborto. Do mesmo modo, devem ser utilizadas questões adicionais que confirmem o tipo de aborto, pois termos técnicos como aborto espontâneo, induzido, terapêutico, interrupção voluntária da gravidez, não são autoexplicativos e podem ser de difícil compreensão para as entrevistadas. Em um instrumento padronizado, a ordem das questões deve ser pensada cuidadosamente para evitar a inserção abrupta do tema e propiciar a prévia empatia entre entrevistadoras e entrevistadas. Deve ser planejada para tornar o questionário coerente, facilitar a lembrança dos eventos, diminuir o risco de perda de informações pela recusa de resposta a alguma questão e mesmo pela interrupção da entrevista. Pode-se aumentar a eficiência do instrumento com a utilização de filtros que distingam os diferentes subgrupos de experiência. Por exemplo, é possível, inicialmente, indagar sobre gravidezes prévias, se pretendidas ou não e, em seguida, sobre seus resultados ^{23,24}.

A utilização de instrumentos validados – especialmente para apreender construtos complexos, como por exemplo, a qualidade da atenção pós-aborto – deve ser assegurada para permitir a comparabilidade entre estudos e a produção de dados fidedignos ^{25,26,27}.

Figura 1

Modelo de cédula usada no Método da Urna.

Confidencial
O que você responderá será mantido em segredo.

1. Quantos anos você tem? _____

2. Este aborto foi: provocado espontâneo

Fonte: Pesquisa GravSUS-NE ²⁵.

Aspecto também fundamental para a fidedignidade das respostas a questões sensíveis, tais como aborto e violência de gênero, consiste na criação de ambiente adequado, que garanta a privacidade ^{28,29,30,31}. Outro aspecto crucial é a seleção da equipe de entrevistadoras (preferencialmente mulheres em razão do tema), com base em experiência, formação e idade. É recomendável que as pessoas selecionadas não tenham posição estigmatizante quanto ao aborto.

No treinamento da equipe e em supervisões regulares do trabalho de campo devem ser enfatizadas a necessidade de respeito ao sigilo da informação e a não emissão de juízos de valor durante a entrevista. Além de atender a critérios técnicos, as entrevistadoras devem ser capazes de, ao mesmo tempo, manter o distanciamento necessário à produção científica e assegurar o apoio em situações de revelação de práticas ou de exposição a riscos ³⁰. A equipe deve estar atenta às situações em que haja necessidade de apoio psicológico, com indicação de serviços de referência.

A produção de dados primários sobre aborto pode ser feita ainda pela sua extração de prontuários, mas a qualidade depende da completude e acurácia do registro, sendo variável segundo o tipo de documento consultado. Fichas de atendimento de emergência apresentam, em geral, informações mais sintéticas ³², e a riqueza de detalhes aumenta na medida em que se complexifica o cuidado, tal como em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Um formulário próprio para a extração de dados deve ser elaborado, acompanhado de manual para sua aplicação, de modo a garantir a padronização da coleta ³³. Esses instrumentos, pensados cuidadosamente antes do início do campo, devem orientar o treinamento e a supervisão da equipe. Deve ser considerado que os registros são produzidos com finalidades de acompanhamento clínico e preenchidos por profissionais, com graus variados de completude ³³. Para assegurar eficiência e acurácia das informações a serem transcritas, a equipe pode ser composta por profissionais capazes de reconhecer esse tipo de escrita (muitas vezes pouco legível) e os termos técnicos utilizados, como por exemplo, pessoas com formação na área de saúde ³³. Entretanto, devem seguir estritamente o protocolo da pesquisa, para evitar vieses de interpretação, e de preferência desconhecem as hipóteses centrais do estudo ³³.

Muitas vezes o desafio é a própria identificação dos casos de abortamento, que depende do código da Classificação Internacional de Doenças (CID) atribuído na guia de internação hospitalar. Além de possíveis falhas nesse registro, a utilização não padronizada desses códigos pode dificultar a comparabilidade dos dados, se estudos utilizam critérios diferentes, com maior ou menor grau de especificidade. O mais recomendável é que os dados sejam transcritos para o formulário sem interpretações ou julgamentos sobre o diagnóstico, os quais devem ser reservados para a etapa posterior, de preferência por especialistas, com dupla classificação, de modo cego e padronizado.

Pode ser difícil distinguir abortos espontâneos de provocados. Uma abordagem usada no Brasil ^{34,35} foi proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ³⁶ com base no trabalho de Figa-Talamanca, que classifica os abortos segundo o grau de certeza quanto à indução. Sua classificação como “certamente provocados”, “provavelmente provocados”, “possivelmente provocados” e “espontâneos” leva em conta o relato das mulheres, de familiares e profissionais de saúde, além de registros hospitalares de complicações do aborto (Quadro 2). Esse método apresenta potencial de vieses de dois tipos: abortos espontâneos com complicações e resultantes de gestações não pretendidas podem ser falsamente classificados como induzidos; abortos provocados sem complicações podem, ao contrário, ser categorizados como espontâneos. Esse segundo tipo é particularmente relevante, em décadas recentes, face à ampliação do uso de medicamentos como o misoprostol, que sabidamente reduz complicações graves ³.

A visibilidade do aborto: estratégias para estimativas da ocorrência

As estimativas de ocorrência do aborto podem ser feitas de forma direta (com base em dados primários) ou indireta (utilizando dados secundários), a depender do tipo de método, como descrito anteriormente. Podem ainda resultar da combinação de ambos os tipos de métodos ².

Inquéritos populacionais permitem estimar medidas que expressem a ocorrência de gestações que terminaram em abortos, a cobertura de assistência à saúde e as demandas insatisfeitas pelos serviços,

Quadro 2

Método para distinguir abortos provocados e espontâneos – Organização Mundial da Saúde (baseado em Figa-Talamanca, 1986).

Tipo de aborto	Critérios
Certamente induzidos	Aborto declarado diretamente pela mulher como provocado e/ou quando há evidência de trauma ou corpo estranho no trato genital. Em caso de morte, considera-se ainda a informação de familiar ou profissional de saúde.
Provavelmente induzidos	Aborto acompanhado de sepse ou peritonite E gravidez declarada como não pretendida (em uso de contraceptivo à época).
Possivelmente induzidos	Aborto acompanhado de sepse ou peritonite OU gravidez declarada como não pretendida (em uso de contraceptivo à época).
Espontâneos	Todas as demais situações em que há informação.
Não classificados	Aqueles com ausência ou incompletude das informações necessárias para a classificação.

mas dependem da autodeclaração das mulheres, sujeita ao grau de tolerância social ao aborto. Portanto, os resultados obtidos sempre expressam um patamar mínimo de ocorrência ⁸.

Esses inquéritos também têm a vantagem de identificar o perfil das mulheres, grupos vulneráveis e itinerários abortivos, incluir a perspectiva dos homens sobre o aborto das parceiras, além de propiciar estudos com populações específicas (jovens, profissionais do sexo, mulheres com HIV, entre outras) ^{8,37,38}.

Quanto às estimativas indiretas de mensuração da ocorrência do aborto, diferentes métodos têm sido utilizados ^{3,14}, a exemplo daquele proposto pelo Instituto Alan Guttmacher (IAG) ³⁹, difundido em vários países. O número de abortos induzidos é obtido de dados hospitalares, com correções na fórmula para a estimativa populacional, prevendo-se internações em hospitais e uso de serviços de saúde privados, descontando-se potenciais abortos espontâneos, e acrescentando aqueles que não resultaram em hospitalização. Entretanto, o método apresenta limitações que implicam provável superestimação, sendo objeto de debate científico ^{40,41}. Outros aspectos devem ser considerados quanto aos parâmetros de estimação a depender do contexto.

Por exemplo, estimativas, no Brasil, com o uso da metodologia IAG consideraram no fator de correção como parâmetros: abortos ocorridos fora do setor público equivalentes a 12,5%, abortos espontâneos a 25% e hospitalizações por complicações do aborto a 25% do total de casos ⁴². Entretanto, esses valores provavelmente variam nas regiões do país. Na assistência ao parto, a pesquisa *Nascer no Brasil* mostrou que 20% das mulheres utilizaram o sistema privado ⁴³, em consonância com dados da *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* de 2006 ⁴⁴, que estimou em 27% a população feminina coberta por planos de saúde ou convênios privados, entre mais de 12% no Nordeste a 37% no Sudeste. Adicionalmente, a PNA mostrou, em 2010 ²¹ e 2016 ²², que as hospitalizações corresponderam a cerca de 50%. Por último, a proporção de abortos espontâneos é diferente conforme a idade da mulher, o que afetaria as estimativas por faixas etárias ⁴⁵.

Seja qual for o método adotado, quando baseado em registros hospitalares, a interpretação das estimativas deve levar em conta questões relacionadas à gravidade dos casos e ao acesso aos serviços de saúde. Hospitalizações frequentemente expressam maior gravidade dos casos e a presença de complicações mais severas, que podem inclusive levar à morte. Assim, casos menos graves tendem a ser subestimados, pois são resolvidos sem internação, já os graves possibilitam uma boa estimativa de ocorrência populacional, pois é permitido supor que as mulheres só sobreviveram porque tiveram assistência hospitalar ¹³.

Para as estimativas populacionais, há que se considerar que mulheres de maior renda e escolaridade fazem abortos em condições mais seguras, em clínicas privadas, estando no Brasil e em outros contextos similares fora das estatísticas hospitalares dos sistemas públicos de saúde. Por outro lado, as mais pobres, mais expostas a abortos inseguros e em maior risco de complicações, podem estar

super-representadas nas estimativas indiretas, reiterando a associação entre aborto e pobreza. Todavia, são elas que recorrem aos hospitais, seja para completar o esvaziamento uterino após o uso prévio de misoprostol, ou para evitar complicações, sem que isto implique necessariamente maior gravidade^{5,6}. Por outro lado, aquelas que enfrentam discriminação e violência institucional em gestações anteriores, como as negras, podem procurar menos os serviços de saúde, estando subestimadas nas estimativas de ocorrência com base em estatísticas hospitalares⁴⁶. Aspecto que igualmente merece destaque diz respeito às reinternações hospitalares, não muito frequentes, mas que podem contribuir para superestimar a incidência de abortos.

Em que pese as limitações apontadas, estimativas obtidas por métodos indiretos, tais como o do IAG, se justificam pelas dificuldades em obtê-las diretamente em contextos de ilegalidade e, mesmo onde o aborto é legal e acessível, pela persistência de práticas inseguras decorrentes do estigma.

Na construção de indicadores de ocorrência, além dos aspectos relacionados ao numerador “número de abortos”, seja qual for a medida adotada, outros aspectos metodológicos devem ser discutidos. Os indicadores mais frequentemente utilizados são: taxa de abortos/1.000 mulheres em idade fértil, proporção de gestações que terminam em abortos e razão de abortos/100 nascidos vivos⁴⁷.

O denominador pode ser constituído pelo total de mulheres em idade fértil, pelas mulheres grávidas ou pelo número de nascidos vivos. Ainda há a possibilidade de usar o grupo de mulheres com gravidez indesejada. No primeiro, a definição de idade fértil pode variar – 15-49 anos⁴⁸; 15-54 anos¹⁰ – ou, por razões éticas, incluir apenas mulheres com maioridade civil²². Também ao se investigar adolescentes e jovens, distintos cortes etários são adotados – 12-19 anos⁴⁹; 14-25 anos⁵⁰ ou 18-24 anos⁵¹. Essas definições influenciam a comparabilidade dos resultados.

Para o denominador “número de nascidos vivos”, problemas relacionados à cobertura das informações podem afetar seu cálculo. Consequentemente, diferenças temporais e regionais não podem ser atribuídas apenas à magnitude e tendência do aborto, já que tanto a população em idade reprodutiva como o número de nascidos vivos podem sofrer alterações.

Questão relevante prende-se ao período de referência utilizado, ou seja, a estimativa de ocorrência de aborto induzido durante a vida reprodutiva⁵² ou relativa a determinado período – nos últimos cinco anos⁵³ ou no último ano²². Estudos que utilizam o período “na vida” geralmente encontram valores mais elevados por se tratar de uma experiência acumulada em um maior tempo de exposição a uma gestação não planejada. Podem sofrer também a interferência do viés de memória, com tendência à lembrança de eventos mais recentes e/ou mais significativos (por exemplo, com complicações ou que exigiram hospitalização).

A investigação dos fatores associados ao aborto induzido

Em um artigo de revisão sobre aborto inseguro no Brasil⁷, entre os estudos quantitativos publicados de 2008 a 2018, a maioria apresentou desenho transversal, tendo como limitação a dificuldade em assegurar a sequência temporal dos eventos. Vários deles usaram amostras pequenas e, mesmo tendo boa qualidade metodológica, apresentaram limites na generalização dos achados por se referirem a contextos muito específicos. Trabalhos com maior tamanho amostral mostraram deficiências na análise estatística e poucos estudos relataram o poder estatístico, ao não apresentarem, por exemplo, intervalos de confiança nas estimativas de prevalência do aborto. A aferição das variáveis independentes e do aborto provocado por meio de entrevista, em grande parte dos estudos, dependeu do relato das participantes, sem validação com outra fonte de informação⁷. Outro aspecto importante é que muitos determinantes frequentemente foram aferidos tomando como referência o momento da entrevista e não a época do aborto, agravando ainda mais a questão da temporalidade. Por exemplo, situação conjugal, renda, número de filhos, uso de contraceptivos são aspectos que variam ao longo da vida das mulheres. Isso faz com que alguns resultados sejam claramente enviesados, como maior prevalência de aborto induzido em mulheres com laqueadura tubária, que já não podem engravidar, ou a relação de causalidade reversa entre mulheres sem filhos e aborto.

Grande parte dos trabalhos sobre determinantes do aborto e suas complicações não explicitou modelos conceituais para análise das associações, ou usou modelos inadequados⁷. A escolha das variáveis, em geral, não foi justificada e em alguns casos se mostrou inapropriada. Outro aspecto rela-

tivo aos modelos conceituais diz respeito à comparação entre relatos masculinos sobre aborto de suas parceiras e aqueles obtidos diretamente das mulheres. Embora seja louvável o enfoque da participação masculina no aborto, há que se ter cautela na interpretação dos resultados desse tipo de comparação e considerar as diferenças de gênero tanto nas experiências quanto nos relatos sobre elas.

Adicionalmente, a escolha de grupos de comparação para o desfecho “aborto induzido” se mostrou muito variada e sujeita a vieses. Por exemplo, comparar abortos induzidos com espontâneos pode levar à subestimação de fatores de risco, pois o grupo de mulheres com relato de aborto espontâneo pode conter aquelas que o induziram, mas não o declararam. Além disso, eventos induzidos ocorrem mais em mulheres com gestação não pretendida. Esse grupo deveria constituir a base populacional, tanto em estudos de coorte como de caso-controle ⁷.

Estimativas da ocorrência de complicações associadas ao aborto

Uma fonte de dados tradicionalmente utilizada para o estudo de complicações do aborto são as estatísticas de mortalidade, que expressam a face mais grave do problema.

A utilização dos dados de mortalidade por qualquer causa apresenta limitações relacionadas à cobertura do sistema e à qualidade da informação da Declaração de Óbito (DO) ⁵⁴. Sabidamente, óbitos maternos são especialmente afetados pela subnotificação, o que motivou no Brasil uma série de iniciativas desde a inclusão de campos na DO para identificar a gravidez até a investigação dos óbitos maternos, oficializada como atribuição do sistema de vigilância epidemiológica ⁵⁵. O cálculo de medidas de mortalidade materna depende, por isso, da proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, da confirmação das causas de óbitos como maternas e da incorporação de novos casos ao sistema oficial de informação.

Todavia, o aborto é considerado uma das causas mais mal declaradas de mortalidade materna ⁴⁷, e há diferenças segundo a utilização da causa básica ou das causas associadas no cálculo da razão de mortalidade materna (RMM). Estudos recentes estimam um aumento de 30-40% na RMM por aborto quando utilizadas as causas múltiplas ^{56,57}. Considerando a ilegalidade da prática, é possível que a demora na assistência e as complicações que resultam em mortes após 42 dias (mortes tardias) facilitem a sua omissão como causa básica na DO, favorecendo a subnotificação do aborto como causa do óbito materno. Além disso, causas violentas de morte, como homicídio e suicídio, potencialmente associadas à gravidez, podem estar subnotificadas, já que não compõem o numerador do cálculo da RMM ⁵⁸.

A partir dos anos 2000, na literatura internacional, têm proliferado investigações analisando casos de mulheres que desenvolveram condições mórbidas graves por causas maternas e dentre elas quadros mais severos – em inglês, denominados *near miss* ⁵⁹.

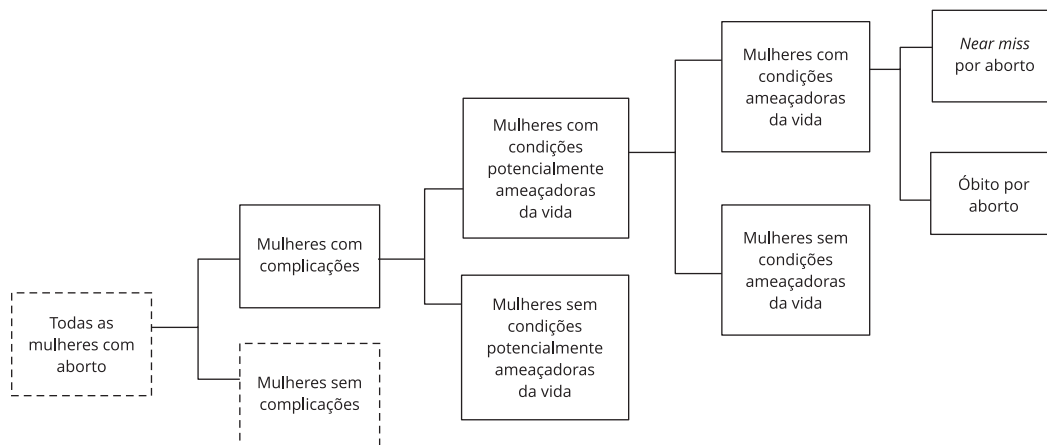
Complicações de abortos induzidos abarcam um espectro amplo de condições. Estudos sobre morbidade materna têm utilizado uma tipologia de complicações (Figura 2) que envolve desde quadros leves, condições potencialmente não ameaçadoras de vida, situações mais graves, potencialmente ameaçadoras de vida até os *near miss* – definidos como aqueles em que a mulher quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante o ciclo gravídico-puerperal – e a morte ^{60,61}.

Os estudos iniciais sobre *near miss* materno apresentavam diferentes critérios de classificação dos casos, o que limitava a comparabilidade dos resultados. Em 2009, a OMS propôs uma tipologia de classificação. Essa vertente de pesquisa com padronização dos critérios tem sido considerada um avanço, por permitir avaliação da qualidade da assistência obstétrica, comparando serviços, monitoramento e vigilância epidemiológica. Também, implica mais facilidades operacionais pela maior possibilidade de obtenção de dados, já que os quadros mórbidos são mais frequentes comparativamente aos óbitos, além das informações serem obtidas diretamente das mulheres ^{59,62}. Entretanto, sua aplicação pode ser difícil em determinados contextos, como o brasileiro, pois requer registros sobre quadro clínico, alterações laboratoriais e de manejo dos casos nos serviços de saúde ⁶³.

No Brasil, pesquisas têm examinado a mortalidade por aborto, entretanto, estudos sobre morbidade por esta causa apenas recentemente têm usado a tipologia que inclui a morbidade materna grave e o *near miss* ⁷.

Figura 2

Espectro de morbidade: dos abortos não complicados ao óbito por aborto.



Fonte: adaptado de Say et al. ⁶⁰.

Complicações e óbitos associados ao aborto também podem ser investigados por meio de entrevistas e extração de dados de prontuários hospitalares ⁵³ ou com base em dados secundários disponíveis nos sistemas de informação ^{64,65}.

Dados obtidos em entrevistas são sujeitos a viés de memória e, no caso de morbidade, a acurácia é fortemente relacionada ao tipo de evento. Em um estudo de validação do questionário para *near miss* materno ⁶⁶, foi identificado que a rememoração de histerectomia prévia alcançou a razão de verossimilhança mais elevada, seguida de internação em UTI, hemotransfusão, eclâmpsia com ou sem convulsões. Episódios de hemorragia e infecção puerperal apresentaram valores bem menores. Reforça-se então o uso de questionários padronizados já utilizados em pesquisas nacionais ⁶¹ para a identificação de casos de *near miss* materno em inquéritos populacionais, o que facilitaria a comparabilidade dos estudos.

Considerações finais

Por todas as razões aqui apontadas, fica claro que o aborto e suas complicações são eventos de difícil mensuração, que impõem inúmeros desafios metodológicos. A esses se somam desafios éticos – especialmente a necessidade de preservação do sigilo e da confidencialidade dos dados, bem como da segurança da equipe de pesquisa e, sobretudo, das mulheres entrevistadas, que podem ser denunciadas nos serviços de saúde até mesmo pelos profissionais que as atendem ^{7,67,68}. Do mesmo modo, há que se considerar os potenciais riscos do ponto de vista psicológico, ao se convocar as mulheres a falar sobre algo que lhes é emocionalmente mobilizador, particularmente tendo em vista que parte das pesquisas é realizada ainda nos hospitais. A atenção e o cuidado na interação pressupõem acolher as emoções, criar empatia com as entrevistadas e, se necessário, indicar acompanhamento com profissionais da saúde mental. A pesquisa sobre aborto deve, portanto, considerar que as decisões metodológicas têm implicações recíprocas com as decisões éticas.

Impõe-se a elaboração de modelos teóricos mais robustos para a investigação do aborto induzido ⁷. Igualmente é preciso superar lacunas, em especial sobre a qualidade dos serviços e seus efeitos sobre as complicações e a morte por aborto. Métodos novos para obter dados de incidência têm sido desenvolvidos e aplicados em diversos países ², porém, há que se redobrar esforços quanto à investigação

de complicações e mortes por aborto ⁶⁹ e o papel do estigma e da discriminação nos serviços de saúde na sua determinação.

Sobretudo em países onde o aborto é criminalizado, como no Brasil, estudos devem ser realizados de modo a dimensionar a morbimortalidade resultante de práticas inseguras, já que, de forma plenamente evitável, atinge especialmente mulheres negras, jovens e pobres.

Para a superação de alguns desafios identificados são necessários investimentos em pesquisas que subsidiem o desenvolvimento e aprimoramento dos aspectos metodológicos no estudo do aborto, com ênfase na elaboração de modelos teóricos, definição da população de estudo, aperfeiçoamento das medidas de aferição de abortos induzidos e dos fatores a eles associados.

Entre as questões atuais a serem investigadas, estão as mudanças nas estratégias de aborto utilizadas em contextos restritivos legais. Onde a prática é legal, o aborto medicamentoso é oferecido sob a supervisão de profissionais de saúde. Entretanto, onde a prática é criminalizada, as mulheres, sobretudo as mais jovens, têm utilizado estratégias de autoaborto, lançando mão de serviços on-line, linhas diretas de informações sobre medicamentos ⁷⁰.

A produção científica deve embasar políticas públicas, e para isto deve-se investir na realização de estudos comparativos entre as regiões do país – pesquisas de caráter multicêntrico e de base populacional – com a inclusão de mulheres residentes em áreas rurais e de cidades pequenas, assim como de indígenas, quilombolas, portadoras de deficiência, entre outros grupos mais vulneráveis à exclusão social. A combinação de estratégias multidisciplinares nesses estudos se impõe, dado que o aborto é um fenômeno complexo e deve ser tratado sob diferentes perspectivas disciplinares para a sua melhor compreensão.

Colaboradores

G. M. S. Menezes, E. M. L. Aquino, S. C. Fonseca e R. M. S. M. Domingues contribuíram na concepção, elaboração, redação e aprovação do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Greice M. S. Menezes (0000-0002-8393-2545); Estela M. L. Aquino (0000-0002-8204-1249); Sandra Costa Fonseca (0000-0001-5493-494X); Rosa Maria Soares Madeira Domingues (0000-0001-5722-8127).

Agradecimentos

Agradecemos às parceiras e aos parceiros das equipes de pesquisa sobre o tema, com quem compartilhamos os desafios aqui discutidos. Estela M. L. Aquino é bolsista de produtividade 1D do CNPq.

Referências

- Huntington D, Mensch B, Miller VC. Survey questions for the measurement of induced abortion. *Stud Fam Plann* 1996; 27:155-61.
- Singh S, Remez L, Tartaglione A. Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity: a review. New York: Guttmacher Institute; 2010.
- Rossier C. Estimating induced abortion rates: a review. *Stud Fam Plann* 2003; 34:87-102.
- Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2004.
- Menezes GMS, Aquino EML. Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S193-204.
- Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Domingues RMSM, Fonseca SC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica 2008-2018. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00190418.
- Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S377-88.
- Menezes G, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1431-46.
- Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010; 32:105-11.
- Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1765-76.
- Singh S, Fetters T, Gebreselassie H, Abdella A, Gebrehiwot Y, Kumbi S, et al. The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2008. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2010; 36:16-25.
- Adler AJ, Filippi V, Thomas SL, Ronsmans C. Incidence of severe acute maternal morbidity associated with abortion: a systematic review. *Trop Med Int Health* 2012; 17:177-90.
- Barreto T, Campbell OM, Davies JL, Fauveau V, Filippi VG, Graham WJ, et al. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. *Stud Fam Plann* 1992; 23:159-70.
- Lara D, Strickler J, Olavarrieta CD, Ellertson C. Measuring induced abortion in Mexico: a comparison of four methodologies. *Sociol Methods Res* 2004; 32:529-58.
- Medeiros M, Diniz D. Recommendations for abortion surveys using the ballot-box technique. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1721-4.
- Rider RV, Harper PA, Chow LP, I-Cheng C. A comparison of four methods for determining prevalence of induced abortion, Taiwan, 1970-1971. *Am J Epidemiol* 1976; 103:37-50.
- Silva RS. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. *Rev Bras Estud Popul* 2014; 10:41-56.
- Silva RS. Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras. *Rev Bras Estud Popul* 2002; 19:249-61.
- Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:365-75.
- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:959-66.
- Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-60.
- Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Garamond/ Editora Fiocruz; 2006.
- Moreau C, Bajos N, Bouyer J. Question comprehension and recall: the reporting of induced abortions in quantitative surveys on the general population. *Population* 2004; 59:439-54.
- Aquino EML, Menezes GMS, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Almeida MCC, Alves SV, et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2005-16.
- Aquino EML, Reichenheim M, Menezes GMS, Barreto-de-Araújo TV, Alves MTSSB, Alves SV, et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto na perspectiva das usuárias: estrutura dimensional do instrumento QualiAborto-Pt. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00197718.
- Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis (Rio J)* 2013; 23:109-27.
- Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann* 2001; 32:1-16.
- Rasch V, Muhammad H, Urassa E, Bergström S. Self-reports of induced abortion: an empathetic setting can improve the quality of data. *Am J Public Health* 2000; 90:1141-4.
- Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S205-16.

31. Whittaker A. Eliciting qualitative information about induced abortion: lessons from Northeast Thailand. *Health Care Women Int* 2002; 23:631-41.
32. Gilbert EH, Lowenstein SR, Koziol-McLain J, Barta DC, Steiner J. Chart reviews in emergency medicine research: where are the methods? *Ann Emerg Med* 1996; 27:305-8.
33. Gregory KE, Radovinsky L. Research strategies that result in optimal data collection from the patient medical record. *Appl Nurs Res* 2012; 25:108-16.
34. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10 Suppl 2:S311-9.
35. Silva DFO, Bedone AJ, Faúndes A, Fernandes AMS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações – consequência do uso de misoprostol? *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10:441-7.
36. World Health Organization. Protocol for hospital-based descriptive studies of mortality, morbidity related to induced abortion, WHO Project No. 86912, Task Force on Safety and Efficacy of Fertility Regulating Methods. Geneva: World Health Organization; 1987.
37. Madeiro AP, Rufino AC. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – PI. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1735-43.
38. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP, Oliveira LA. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1709-19.
39. Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. Nova York: Alan Guttmacher Institute; 1994.
40. Koch E. Overestimation of induced abortion in Colombia and other Latin American countries. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80:360-72.
41. Singh S, Bankole A. Estimación de la incidencia de aborto inducido: respuesta a la crítica a la metodología del Instituto Guttmacher. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80:554-61.
42. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod Clim* 2015; 30:11-8.
43. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S101-16.
44. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
45. Ammon Avalos L, Galindo C, Li DK. A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012; 94:417-23.
46. Góes EF, Menezes GMS, Almeida MCC, Aquino EML. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00189618.
47. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368:1908-19.
48. Fusco CLB, Silva RS, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:709-19.
49. Correia DS, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió – AL, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:2469-76.
50. Silva RS, Andreoni S. Factors associated with induced abortion among poor youth in the city of São Paulo, 2007. *Rev Bras Estud Popul* 2012; 29:409-19.
51. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:427-39.
52. Camargo RS, Santana DS, Cecatti JG, Pacagnella RC, Tedesco RP, Melo Jr. EF, et al. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 112:88-92.
53. Camargo RS, Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Souza JP, Sousa MH. Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. *Clinics* 2011; 66:1367-72.
54. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:449-60.
55. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
56. Cardoso B, Vieira F, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00188718.
57. Martins EF, Almeida PFB, Paixão CO, Bicalho PG, Errico LSP. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00133115.
58. Alves MMR, Alves SV, Antunes MBC, Santos DLP. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. *Rev Saúde Pública* 2013; 47:283-91.

59. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Kilpatrick S. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. *J Am Med Womens Assoc* 2002; 57:135-9.
60. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:287-96.
61. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, Katz L, et al. Correction: the WHO maternal near-miss approach and the Maternal Severity Index Model (MSI): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *PLoS One* 2013; 7(8).
62. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. *J Clin Epidemiol* 2004; 57:716-20.
63. Witteveen T, Bezstarosti H, de Koning I, Nelissen E, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J, et al. Validating the WHO maternal near miss tool: comparing high-and low-resource settings. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17:194.
64. Santana DS, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, Costa ML, Sousa MH, et al. Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 119:44-8.
65. Singh S, Monteiro MF, Levin J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: why the decline in numbers and severity? *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118 Suppl 2:S99-106.
66. Souza JP, Cecatti JG, Pacagnella RC, Giavarotti TM, Parpinelli MA, Camargo RS, et al. Development and validation of a questionnaire to identify severe maternal morbidity in epidemiological surveys. *Reprod Health* 2010; 7:16.
67. Diniz D, Corrêa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:939-42.
68. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a política, os vendedores e as mulheres. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1795-804.
69. Gerds C, Tunçalp O, Johnston H, Ganatra B. Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities. *Reprod Health* 2015; 12:87.
70. Kapp N, Blanchard K, Coast E, Ganatra B, Harries J, Footman K, et al. Developing a forward-looking agenda and methodologies for research of self-use of medical abortion. *Contraception* 2018; 97:184-8.

Abstract

Abortion research faces great challenges, even more so in contexts in which it is illegal. Women tend to omit the voluntary termination of pregnancy or to declare having miscarried, which results in an underestimation of abortions. Research on this subject is indispensable because it enables us to estimate the incidence of abortion and its complications, and to identify unmet demands and more vulnerable groups so as to subsidize health actions and policies. In this article, we seek to describe the main challenges faced by researchers through a review of original studies on abortion and our reflections based on empirical studies we have conducted. We discuss the difficulties in obtaining information, strategies and techniques used to increase accuracy and reliability and their limits and advantages, and strategies for estimating the occurrence of abortion and its complications, using direct (interviews and data from medical charts) and indirect (secondary data on mortality and morbidity) methods. When investigating abortion complications, we address studies on mortality and morbidity, emphasizing the specificities of abortion among obstetric causes. We discuss the main indicators used by researchers and methodological aspects of their construction. We make recommendations for overcoming methodological problems and conducting new studies. In the conclusion, we reiterate the relevance of research on abortion and the need for approaches that contemplate its complexity.

Criminal Abortion; Research; Methods; Interview

Resumen

La investigación sobre el aborto impone grandes desafíos, que son redoblados en contextos donde la práctica es ilegal. Las mujeres tienden a omitir la interrupción voluntaria del embarazo o declarar el aborto como espontáneo, lo que resulta en un subestimación de su ocurrencia. La investigación sobre este tema es imprescindible, al permitir estimaciones de incidencia del aborto y de sus complicaciones, y la identificación de demandas insatisfechas y de grupos más vulnerables, de modo que puedan fundamentar acciones y políticas de salud. En este artículo se pretendió describir los principales desafíos enfrentados, a partir de una revisión de estudios originales sobre el tema y de la reflexión de las autoras, en base a la realización de investigaciones empíricas. Se discuten las dificultades para la obtención de la información, las estrategias y técnicas utilizadas para aumentar la precisión y la confiabilidad, sus límites y ventajas, y para las estimaciones de ocurrencia del aborto y sus complicaciones, con el uso de métodos directos (entrevistas y extracción de datos de registros médicos) e indirectos (fuentes de datos secundarios de morbilidad y mortalidad). En la investigación de las complicaciones del aborto, se abordan los estudios de mortalidad y morbilidad enfatizándose las especificidades de los abortos entre las causas obstétricas. Se apuntan los principales indicadores utilizados y aspectos metodológicos para su construcción. Las recomendaciones se realizan para superar problemas metodológicos y realizar nuevos estudios. En conclusión, se reiteran la relevancia de la investigación sobre el aborto y la necesidad de abordajes para contemplar su complejidad.

Aborto Criminal; Investigación; Métodos; Entrevista

Recebido em 15/Out/2018
Versão final reapresentada em 01/Mar/2019
Aprovado em 13/Mar/2019