

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**THAYANE LOPES OLIVEIRA**

**“DE REVOLUÇÃO DA MEDICINA A VILÃO SOCIAL”: O CASO DO  
MISOPROSTOL NO BRASIL, 1986 A 1998**

**Rio de Janeiro**

**2023**

**THAYANE LOPES OLIVEIRA**

**“DE REVOLUÇÃO DA MEDICINA A VILÃO SOCIAL”: O CASO DO  
MISOPROSTOL NO BRASIL, 1986 A 1998**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor. Área de concentração: História das Ciências.

Orientador: Luiz Antonio Teixeira da Silva

Coorientadora: Ilana Löwy

Rio de Janeiro

2023

**THAYANE LOPES OLIVEIRA**

**“DE REVOLUÇÃO DA MEDICINA A VILÃO SOCIAL”: O CASO DO  
MISOPROSTOL NO BRASIL, 1986 A 1998**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor. Área de concentração: História das Ciências.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira da Silva (Professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) – Orientador

---

Prof. Dra. Ilana Löwy (Professora Visitante do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) - Coorientadora

---

Prof. Dr. Luiz Alves Araújo Neto (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

---

Prof. Dra. Claudia Bonnan Jannotti (Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz)

---

Prof. Dra. Valderiza Almeida Menezes (Professora do Departamento de História da  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN)

---

Prof. Dr. Wendell Ferrari Silveira Rosa (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
da Universidade do Porto, Portugal)

### SUPLENTES

---

Prof. Dra. Eliza Teixeira de Toledo (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e  
da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

---

Prof. Dra. Andreza Rodrigues Nakano (Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ)

Rio de Janeiro

2023

O48r Oliveira, Thayane Lopes.

“De revolução da medicina a vilão social”: o caso do Misoprostol no Brasil / Thayane Lopes Oliveira. – Rio de Janeiro, 2023.

240 f. : il., color.

Orientador: Luiz Antonio Teixeira da Silva.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde).

Bibliografia: f. 221-230.

1. Saúde da Mulher. 2. Aborto. 3. Medicamentos sob Prescrição. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Responsável pela Ficha Catalográfica: Marise Terra - CRB-6-351.

Dedico este trabalho aos milhares de brasileiros e brasileiras que foram vítimas da Covid-19 e de um péssimo governo que zombou de nossa dor.

Igor Nazareno, em sua memória.

Para nunca esquecer.

## AGRADECIMENTOS

Os momentos de feitura de um trabalho acadêmico são, por vezes, solitários. Contudo, não o fazemos sozinhos. Agradecer é reconhecer a generosidade de quem alimenta a nossa força diariamente.

Agradeço inicialmente ao meu orientador (desde o mestrado) Luiz Antonio Teixeira pela tranquilidade ao dizer que nada poderia dar errado nesta tese, pelas conversas e indicações que fizeram este trabalho maior e melhor. Pela compreensão e humanidade que tornaram os anos de pós-graduação mais serenos e por pensar no futuro. Agradeço também à professora Ilana Löwy, minha coorientadora, que contribuiu para pensar os melhores rumos para este trabalho. Suas indicações foram enriquecedoras.

Agradeço à Capes e à Fiocruz pelo financiamento desta pesquisa, permitindo-a acontecer de tantas formas. Desde a bolsa que foi o sustento da vida dividida entre o Rio de Janeiro e o Ceará, assim como pelas viagens à pesquisa e para eventos acadêmicos. Sabemos, como pós-graduandos, que o financiamento da ciência no Brasil vive na corda bamba dos governos e, nos últimos quatro anos, vivenciamos momentos difíceis de cortes e ameaças ao desenvolvimento de nossas pesquisas. Por tudo isso, lutemos para que o futuro seja de esperança.

Agradeço às pessoas e instituições pelas quais passei durante os 4 anos de doutorado em busca de fontes e nas quais tive acesso a acervos e boas conversas. Como registro, cito o Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM – UFC) no qual estive algumas vezes e fui bem recebida pelos funcionários e responsáveis do espaço. Também agradeço à coordenadora do Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT- HCPA), Lavínia Schuler-Faccini, pela recepção e prontidão ao me permitir acesso aos dados de atendimento da instituição. Para todos os demais espaços de pesquisa, bibliotecas e jornais, a pós-graduação do Brasil agradece.

Aos professores e professoras do PPGHCS que desde o mestrado até o doutorado foram excelentes incentivadores de discussões que, de muitas formas, enriqueceram os anos dedicados à escrita deste trabalho, pelo acolhimento e oportunidades apresentadas, meus agradecimentos. A toda a secretaria do PPGHCS sempre acolhedora e resolutiva para lidar com nossas dúvidas diárias. Paulo, Sandro, Claudia e Amanda vocês são maravilhosos. A todos os outros que não tive oportunidade de contato, mas que certamente colaboram neste processo.

Agradeço aos professores e professoras que aceitaram o convite para participar da banca de defesa desta tese como titulares e suplentes: Claudia Bonnan, Valderiza Menezes, Wendell Ferrari, Luiz Alves, Eliza Teixeira e Andreza Rodrigues. Sou grata pela disponibilidade e atenção.

A estadia no Rio de Janeiro se fez mais alegre com a companhia daqueles que fizeram daquela cidade uma nova casa. Agradeço imensamente e amavelmente à Daiane Rossi por todos os momentos que ultrapassam a vida acadêmica. Pela amizade sempre presente e afetuosa em todas as situações, das boas às difíceis. Mariana, por ser tão parceira nos papéis aleatórios e nos dias de luta. Obrigada pela presença que persiste. Para todos que fizeram dos anos na Fiocruz e no alojamento Hélio Fraga momentos de risadas, passeios e churrascos. Liliana Gomez, Ramon Souza, Laila Pedrosa, Kamylla Passos, Romão Araújo, Avohanne Costa e Lucindo Pina. A companhia de vocês foi maravilhosa e essencial.

Aos companheiros e companheiras do PPGHCS que ao dividir disciplinas, debates e eventos, compartilharam momentos dessa trajetória. Josi Alcântara, Janille Campos, Anne Thereza e Roberta Cerqueira. Vocês são o reflexo do bom trabalho que a ciência desse país faz. Agradeço mais uma vez ao Luiz Alves, companheiro do Ceará; de orientação e de tantos papéis pelo RJ e além. Sou muito feliz pela parceria de todos vocês.

Sou imensamente grata aos meus amigos de casa, dessa grande casa que é o Ceará. Por serem grandes presentes da vida e para a vida. Thiago Bruno, Rafael Albuquerque, Yunisson Fernandes, João Leite, Anderson Sousa, Raquel Viana, Michelle Teixeira e Ana Carolina. Vocês são preciosos e agradeço por tê-los sempre pertinho do coração. Val Menezes, tu és uma aliada para todas as frentes dessa batalha que é viver. Obrigada, Valdelécia.

Para as mulheres da minha vida e minha família. Cleonice, Thays, Alécia e Jamily. Arthur veio e se tornou o único entre nós. Vocês são o sentido e a razão de tudo. Às minhas tias e primas. Nós representamos todas as famílias que têm nas mulheres a grande força.

Ao José Luiz, companheiro e amor que chegou, agradeço por escolher estar ao meu lado. Te amo, obrigada por dividir a vida. Continuemos a trilhar nosso caminho!

Nosso fazer é político e, assim sendo, nada aqui é acaso. Os últimos quatro anos representaram grandes perdas. Vivenciamos dias extremamente difíceis por todas as falas e ações de um governo que nos queria calados e sem espaço. Que esse tempo não volte jamais e que a esperança nos permita fazer um país melhor para se viver.



## RESUMO

Esta pesquisa examinou a trajetória do misoprostol, popularmente conhecido como Cytotec®, a partir da sua entrada no mercado farmacêutico brasileiro, em 1986, até sua inclusão na Portaria nº 344/1998, que aprovou o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. O recorte temporal estabelecido remete a momentos identificados como importantes marcos na “vida social” daquele medicamento. Acompanhou-se, durante o período estudado, a expansão do uso abortivo do medicamento e a repercussão, não só no campo médico-científico, mas também social dessa prática. A atuação do campo farmacêutico e da medicina genética foi fundamental para a construção do conhecimento científico que elucidaria os riscos que o uso abortivo desse medicamento representaria para a sociedade, visto que, além de ser classificado como *indevido*, a partir dos paradigmas da farmacovigilância, também carregava o *risco* teratogênico para os fetos nos casos de aborto malsucedido. O resultado deste processo simbolizado com a inserção do medicamento na portaria acima citada demonstra a vitória da organização de atores e instituições sobre a disponibilidade e o acesso das mulheres à substância. Verificou-se, portanto, que a principal consequência da normatização do misoprostol no Brasil foi torná-lo inacessível, ou criar obstáculos, às mulheres que o utilizavam para a prática abortiva. Para o desenvolvimento deste trabalho, utilizou-se um amplo repertório de fontes de pesquisa que, de forma simplificada, podem ser resumidas em jornais e revistas de circulação nacional, documentos jurídicos, artigos científicos, regulamentos técnicos de órgãos governamentais, banco de dados de atendimentos do Serviço Nacional de Informações sobre Agentes Teratogênicos (SIAT-UFGRS) e documentos institucionais do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM-UFC). As fontes acima citadas permitiram perceber os vários atores, sujeitos e instituições, e discursos envolvidos no processo de normatização do misoprostol no Brasil.

Palavras-chave: Misoprostol, aborto, normatização, ilegalidade, conhecimento científico.

## ABSTRACT

This research examined the trajectory of misoprostol, popularly known as Cytotec®, from its entry into the Brazilian pharmaceutical market, in 1986, until its inclusion in Ordinance n° 344/1998, which approved the technical regulation on substances and medicines subject to special control. The established time frame refers to moments identified as important milestones in the “social life” of that medicine. During the studied period, the expansion of the abortive use of the drug and the repercussions, not only in the medical-scientific field, but also in the social field of this practice, were observed. The performance of the pharmaceutical field and of genetic medicine was fundamental for the construction of scientific knowledge that would elucidate the risks that the abortive use of this medicine would represent for society, since, in addition to being classified as improper, based on the paradigms of pharmacovigilance, it also carried teratogenic risk to fetuses in cases of unsuccessful abortion. The result of this process, symbolized by the inclusion of the drug in the aforementioned ordinance, demonstrates the victory of the organization of actors and institutions over the availability and access of women to the substance. It was verified, therefore, that the main consequence of the regulation of misoprostol in Brazil was to make it inaccessible, or create obstacles, for women who used it for abortion. For the development of this work, we used as research sources newspapers and magazines of national circulation, legal documents, scientific articles, technical regulations of governmental bodies, database of services of the National Service of Information on Teratogenic Agents (SIAT-UFGRS) and documents institutional members of the Group for the Prevention of Misuse of Medications (GPUIM-UFC). The sources mentioned above allowed us to perceive the various actors, subjects and institutions, and discourses involved in the process of standardization of misoprostol in Brazil.

Keywords: Misoprostol, abortion, regulation, illegality, scientific knowledge.

## RESUMEN

Esta investigación examinó la trayectoria del misoprostol, conocido popularmente como Cytotec®, desde su entrada en el mercado farmacéutico brasileño, en 1986, hasta su inclusión en la Ordenanza n° 344/1998, que aprobó el reglamento técnico sobre sustancias y medicamentos sujetos a control especial. El marco temporal establecido se refiere a momentos identificados como hitos importantes en la “vida social” de ese medicamento. Durante el período estudiado, se observó la expansión del uso abortivo de la droga y las repercusiones, no sólo en el campo médico-científico, sino también en el campo social de esta práctica. La actuación del campo farmacéutico y de la medicina genética fue fundamental para la construcción de conocimiento científico que dilucidara los riesgos que representaría para la sociedad el uso abortivo de este medicamento, ya que, además de ser catalogado como impropio, con base en los paradigmas de la farmacovigilancia, también conllevaba riesgo teratogénico para los fetos en casos de aborto fallido. El resultado de este proceso, simbolizado por la inserción de la droga en la referida ordenanza, demuestra la victoria de la organización de actores e instituciones sobre la disponibilidad y acceso de las mujeres a la sustancia. Se verificó, por lo tanto, que la principal consecuencia de la regulación del misoprostol en Brasil fue volverlo inaccesible, o crear obstáculos, para las mujeres que lo utilizaban para abortar. Para el desarrollo de este trabajo se utilizó un amplio repertorio de fuentes de investigación que, de manera simplificada, se pueden resumir en diarios y revistas de circulación nacional, documentos legales, artículos científicos, reglamentos técnicos de organismos gubernamentales, base de datos de consultas del Servicio Nacional de Información sobre Agentes Teratogénicos (SIAT-UFGRS) y documentos institucionales del Grupo para la Prevención del Uso Indebido de Medicamentos (GPUIM-UFC). Las fuentes mencionadas anteriormente permitieron percibir los diversos actores, sujetos e instituciones y discursos involucrados en el proceso de estandarización del misoprostol en Brasil.

Palabras Clave: Misoprostol, aborto, regulación, ilegalidad, conocimiento científico.

## LISTA DE SIGLAS

ACP - Ação Civil Pública

AIS - Ação Internacional pela Saúde

BECE – Biblioteca Pública do Estado do Ceará

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

CCDM – Conselho Cearense de Direitos da Mulher

CEDIM – Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro

CEFACE - Centro de Farmacovigilância do Ceará

CIM - Centro de Informações de Medicamentos

DETEN - Departamento Técnico Normativo

DIMED – Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos

DOESP – Diário Oficial do Estado de São Paulo

ECLAMC – Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas

EPM - Escola Paulista de Medicina

FAS – Síndrome do Álcool Fetal

GPUIM – Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos

INCQS - Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

JFCE – Justiça Federal do Ceará

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAM - Reação Adversas a Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SIAT – Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos

SIFACE - Sistema de Farmacovigilância do Ceará

SOBRAVIME – Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

USP – Universidade de São Paulo

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Cytotec: A solução contra ele não é tão fácil.....	2
Imagem 2 - Um novo remédio para muitos males.....	28
Imagem 3 - Prostaglandina: o mistério do remédio total.....	30
Imagem 4 - Peça publicitária do Cytotec – Parte I.....	33
Imagem 5 - Peça publicitária do Cytotec – Parte II.....	34
Imagem 6 - A pílula está superada?.....	46
Imagem 7 - RU-486: a pílula perfeita.....	60
Imagem 8 - RU-486: a pílula do aborto.....	62
Imagem 9 - O aborto com a RU-486.....	63
Imagem 10 - Abortivo tem venda indiscriminada.....	69
Imagem 11 - Benefícios e malefícios da guerra.....	71
Imagem 12 - Crescimento dos lucros das empresas farmacêuticas 1954-2010.....	72
Imagem 13 - Os perigos da automedicação.....	90
Imagem 14 - Cytotec: riscos de hemorragias e deslocamento do útero.....	92
Imagem 15 - Número de óbitos por aborto no Brasil entre 1979 e 1998.....	105
Imagem 16 - Professora Helena Lutécia Luna Coelho no seminário “Por Un Uso Racional de Medicamentos” em Montevideu, abril de 1991.....	108
Imagem 17 - Portaria nº 245/1991.....	116
Imagem 18 - Misoprostol e o risco teratogênico.....	129
Imagem 19 - Cytotec: avanço ou retrocesso?.....	151
Imagem 20 - Venda ilegal de Cytotec no camelódromo.....	157
Imagem 21 - Camelôs vendem remédio abortivo.....	159
Imagem 22 - Reunião na sede do Conselho Cearense de Direitos da Mulher.....	163
Imagem 23 - Nota oficial Laboratório Biolab.....	179

Imagem 24 - Aborto Provocado de Octávio Rodrigues Lima.....	189
Imagem 25 - Capa da Revista Veja “Eu fiz aborto”.....	192
Imagem 26 - Matéria da Revista Veja “Nós fizemos aborto”.....	193
Imagem 27 - Queda no número de abortos após proibição no Ceará.....	204
Imagem 28 - Vendas do Cytotec no território nacional de 1986 a 1992.....	205

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados clínicos e resultados do artigo de 1987.....	40
Tabela 2- Resultados apresentados pelo artigo de 1988.....	42
Tabela 3 - Resultados obtidos com 4 métodos para aborto precoce.....	56
Tabela 4- Indicação do misoprostol como abortivo nas farmácias de Fortaleza.....	89
Tabela 5 – Vendas do Cytotec no Brasil: janeiro de 1989 a agosto de 1992.....	92
Tabela 6 – Abortamentos provocados na MEAC (UFC) entre 1986 e 1990.....	95
Tabela 7 – Escolaridade das mulheres atendidas pelo SIAT.....	135
Tabela 8 – Escolaridade x ocupação das mulheres atendidas pelo SIAT.....	135
Tabela 9 - Número de gestações das mulheres atendidas pelo SIAT.....	137
Tabela 10 - Informação sobre malformação nas ligações atendidas.....	141
Tabela 11- Diário Oficial de São Paulo – Convocação de acusados por crime de abortamento .....	195



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Consumo de cigarro.....	138
Gráfico 2 - Consumo de álcool.....	138
Gráfico 3 - Número de artigos sobre maconha indexados no “Guia do Leitor de Literatura Periódica”.....	168
Gráfico 4 - Acusados pelo crime de abortamento no Diário Oficial de São Paulo....	196

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Artigos científicos do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM-UFC).....	229
Anexo 2 – Folheto do Seminário Abortamento provocado em Fortaleza: riscos e possibilidades.....	230
Anexo 3 – Ficha de atendimento (SIAT-HCPA).....	232

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1. “DE REVOLUÇÃO DA MEDICINA A VILÃO”: A DESCOBERTA DAS PROSTAGLANDINAS E A CHEGADA DO MISOPROSTOL AO MERCADO FARMACÊUTICO BRASILEIRO</b> .....	25
1.1- Uma revolução no tratamento de úlceras gástricas: o misoprostol chega ao mercado brasileiro.....	26
1.2- Das úlceras ao aborto: a transformação dos usos dados ao Cytotec e sua recepção na imprensa.....	38
1.3- O contexto dos anos 1980 e 1990: o debate sobre aborto, tecnologias reprodutivas e o surgimento do Cytotec nesse cenário.....	50
<b>CAPÍTULO 2. A PÍLULA BRASILEIRA DO ABORTO: O USO DO CYTOTEC COMO ABORTIVO E A QUESTÃO FARMACÊUTICA</b> .....	66
2.1- As tragédias com medicamentos e o surgimento da Farmacovigilância.....	70
2.2- Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) e o “Caso Misoprostol” .....	79
2.2.1- O Cytotec como abortivo e a questão do uso <i>indevido</i> .....	85
2.3- O Caso Misoprostol e o reconhecimento científico do GPUIM.....	101
2.3.1- A atuação do GPUIM e a institucionalização da Farmacovigilância no Ceará.....	118
<b>CAPÍTULO 3. CYTOTEC E RISCO TERATOGÊNICO: DISCURSO CIENTÍFICO E MEDO SOCIAL</b> .....	122
3.1 – A construção do risco teratogênico do misoprostol.....	126
3.2 – O Serviço de Informação Sobre Agentes Teratogênicos (SIAT) e a investigação do risco teratogênico do misoprostol.....	131
3.2.1 – Misoprostol: Dados dos atendimentos realizados pelo SIAT entre 1990 e 1999.....	134
3.3 – Cruzando informações: a construção do risco teratogênico do misoprostol a partir do cruzamento de Pesquisas entre campos, atores e instituições .....	142
<b>CAPÍTULO 4. A CLANDESTINIDADE DO CYTOTEC: O ENQUADRAMENTO JURÍDICO-SANITÁRIO E A CONDENAÇÃO DAS MULHERES QUE ABORTAM</b> .....	156
4.1- A judicialização do misoprostol: o enquadramento jurídico e sanitário do medicamento....	161

4.2- Controlando práticas femininas: o aborto sob a ótica jurídica e a ilegalidade das mulheres que abortam.....	180
4.3- Do enquadramento do misoprostol à condenação das mulheres que abortam.....	191
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>206</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>212</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>230</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>232</b>

## INTRODUÇÃO

Esta tese investiga a trajetória do misoprostol no Brasil, entre os anos de 1986 e 1998, a partir de sua inserção no mercado farmacêutico brasileiro e a expansão do uso como abortivo classificado, posteriormente, como *indevido* e ilegal pelo campo científico e jurídico. O longo processo de normatização da substância envolveu diversos atores e instituições que legitimaram o discurso de perseguição à disponibilidade do medicamento nas farmácias e ao fácil acesso das mulheres ao produto. A imposição de um rígido aparelho regulatório resultou na normatização da comercialização e restrição do uso ao ambiente hospitalar no país e, por consequência, criou obstáculos legais, além dos morais já existentes quanto à prática do aborto, para a utilização autônoma das mulheres.

No dia 2 de agosto de 1998, o Jornal *O Povo* divulgou a matéria “Cytotec: A solução contra ele não é fácil”. O ensaio foi assinado pela professora e pesquisadora Dra. Helena Lutécia L. Coelho, e referia-se aos dados apresentados no artigo “Misoprostol: a solução não é tão simples” de mesma autoria publicado dois meses antes na Revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Em ambos os espaços, a professora discutia os recentes eventos em torno do medicamento Misoprostol, popularmente conhecido pelo seu nome comercial Cytotec.

Os títulos “a solução contra ele não é fácil” ou “a solução não é tão simples” dialogam com o contexto de regulamentação que envolvia o misoprostol naquele momento. Em maio daquele ano, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde estabeleceram o enquadramento dos medicamentos à base de misoprostol na Portaria nº 344/1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

O misoprostol foi inserido na lista C1<sup>1</sup> que dispõe sobre “outras substâncias sujeitas a controle especial” com exigência de receita especial em duas vias e que dá orientações, de acordo com o artigo 2, sobre toda movimentação desse tipo de substância no país, desde a fabricação até a comercialização e o uso. O artigo 25, parágrafo único, indica que as substâncias à base de misoprostol, caso específico trabalhado nesta tese, seriam restritas a estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados e credenciados junto à Autoridade Sanitária competente. A Portaria ainda previu, em artigos posteriores, exigências para os

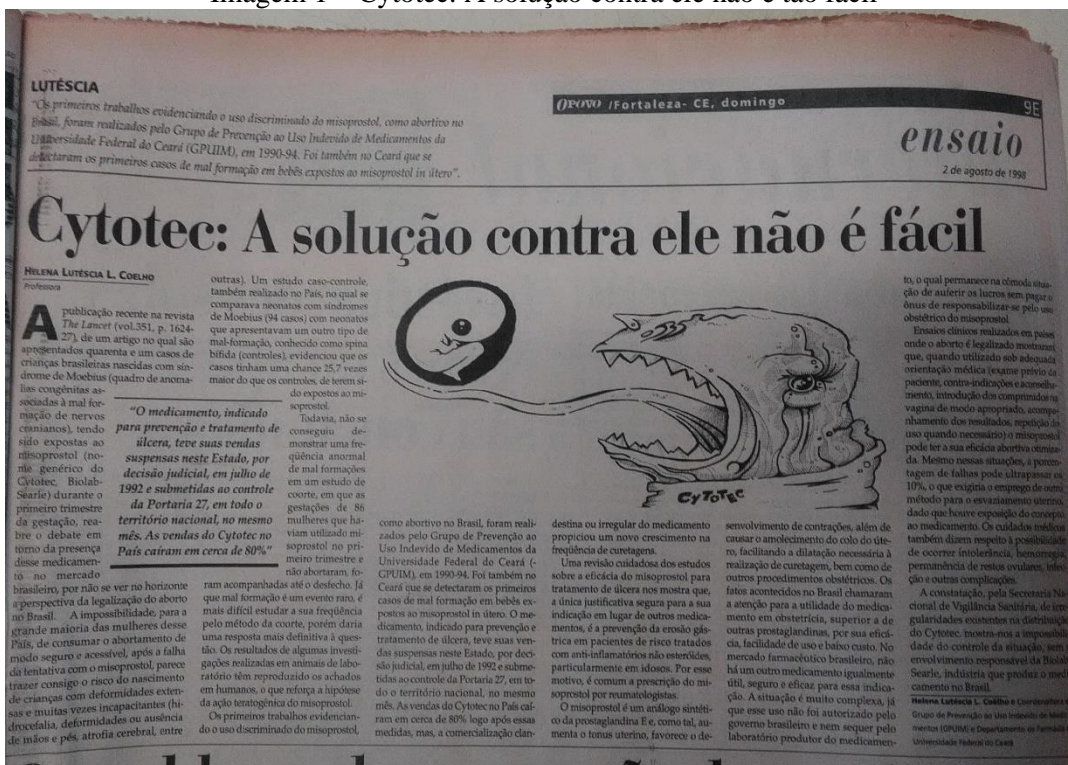
---

<sup>1</sup> Listagem dos nomes das substâncias sujeitas a controle especial de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

rótulos e bulas das substâncias presentes na lista C1, tais como: faixa horizontal de cor vermelha abrangendo todos os seus lados [...] nos rótulos e contendo a expressão “Venda sob prescrição médica” nas caixas e bulas. Além dessas características gerais, apresentou especificidades para os rótulos e bulas dos medicamentos à base de misoprostol que deveriam conter, além das exigências anteriores, um símbolo de uma mulher grávida dentro do círculo cortado ao meio e as seguintes expressões “Atenção: risco para mulheres grávidas” e “Venda e uso restrito ao hospital”, concluindo com a proibição da distribuição de amostras grátis dessas substâncias.

Embora a Portaria nº 344/98 representasse o enrijecimento do controle em torno do Cytotec, a professora Helena Coelho hesitava quanto à eficácia dessa legislação devido à insuficiência de fiscalização dos órgãos competentes e a extensão do comércio ilegal que mantinha o medicamento circulando no país. Dessa forma, só a imposição de uma legislação restritiva não significava o cumprimento de tais medidas, ratificando, assim, que a solução para impedir o uso ilegal do Misoprostol no Brasil não era tão simples.

Imagem 1 – Cytotec: A solução contra ele não é tão fácil



Fonte: Jornal O Povo, 02/08/1998 pág.9

Disponível na Biblioteca Pública do Estado do Ceará (BECE)

O enquadramento do misoprostol no rol de substâncias e medicamentos submetidos a controle especial foi resultado de um longo processo de perseguição e normatização da substância no país que, vale salientar, não findou com a regulamentação acima mencionada, mas persiste até os dias atuais. Sendo constantemente revivificada a cada nova denúncia de comércio ilegal do medicamento, a cada novo debate no legislativo acerca da flexibilização ou maior restrição penal ao aborto, assim como a cada nova queixa do funcionamento de clínicas de abortos ilegais. Todos esses elementos concorrem para que a disputa em torno do misoprostol esteja sempre na pauta do dia, fazendo com que novas regulamentações surjam como novas formas de coibir o uso e criminalizar as pessoas responsáveis por ele. Em março de 2006, a Resolução nº 911 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, determinou a suspensão, em todo território nacional, das publicidades por meio de fóruns de discussões, murais de recados e sítios na Internet, dos medicamentos à base de misoprostol divulgados com denominações tais como Cytotec, Citotec e Prostokos, bem como materiais e equipamentos indicados para fins abortivos, uma vez que esses medicamentos que estão sendo anunciados não são registrados na ANVISA e/ou bem como não podem ser divulgados ao público leigo por serem de venda sob prescrição médica. A medida visa impedir a publicidade ilegal em torno de qualquer medicamento oriundo da substância misoprostol, visto que sua comercialização e uso é restrito a hospitais desde 1998.

Neste trabalho busquei construir a trajetória do misoprostol no Brasil a partir do processo de normatização e regulamentação que repercutiu na criação de um aparato regulatório restritivo e na imagem de perigo e risco associada ao medicamento. Ao discutir a trajetória de um medicamento que é, de forma geral e simplista, um objeto ou uma coisa, podemos pensá-lo a partir do uso que as pessoas fizeram dele e dos significados que lhe foram atribuídos ao longo de sua existência no “mundo dos humanos”. Essa perspectiva, portanto, nos levou ao encontro da coletânea organizada por Arjun Appadurai, “A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural” (2008). Nela, encontramos trabalhos que orientam o olhar para as “coisas”, ou seja, para os objetos em si, considerando que o valor e seus significados não são inerentes, mas sim construídos. Assim, ao observarmos “as coisas durante os variados percursos e trajetórias que elas fazem e traçam na sociedade por meio das diferentes esferas de circulação nela existentes” (Gomes, 2008: 10), perceberemos que assim como as pessoas, as coisas têm uma vida social, pois cada objeto circula em contextos históricos e culturais específicos. Para Appadurai,

Mesmo que nossa abordagem das coisas esteja necessariamente condicionada pela ideia de que coisas não têm significados afora os que lhe conferem as transações, atribuições e motivações humanas, o problema, do ponto de vista antropológico, é que esta verdade formal não lança qualquer luz sobre a circulação das coisas no mundo concreto e histórico. Para isto temos de seguir as coisas em si mesmas, pois seus significados estão inscritos em suas formas, seus usos, suas trajetórias (Appadurai, 2008:17).

A perspectiva da biografia cultural das coisas, como apresentada pelo autor, foi utilizada por muitos estudiosos do campo da antropologia e da saúde ao analisarem a trajetória de medicamentos e a apropriação destes pela sociedade. Daniela Tonelli Manica, em “A vida social dos medicamentos: etnografia e escolhas” (2012), reflete sobre a abordagem antropológica sobre medicamentos que são, por maestria, objetos de estudos dos campos da medicina e da farmácia, como elementos possíveis para a interpretação antropológica. Pensando nos circuitos que os medicamentos percorrem na sociedade, desde a fabricação, indicação médica, comercialização e uso, a autora enfatiza que,

Há, portanto, a partir dessa constelação de relações, redes, agenciamentos, um conjunto expressivo de possibilidades para abordagens de pesquisa antropológica relacionadas ao tema dos medicamentos. O reconhecimento de um modo de existência próprio a esses objetos sociotécnicos, e da importância de estudá-los, amplia e redefine de forma significativa estas possibilidades de análise sobre os processos de “tratamento” e “cura” nas sociedades industrializadas (Manica, 2012: 184).

A abordagem da biografia das coisas aplicada aos medicamentos demonstra, como proposto por Appadurai e ressaltado por Manica, a possibilidade de estudar e analisar tais objetos para além do olhar passivo que pressupõe o medicamento dado e acabado em sua finalidade terapêutica. Pensar os medicamentos como detentores de uma “vida social” significa observá-los dentro de uma conjuntura mais ampla que envolve desde o laboratório de produção até o consumidor final. O paciente que o utiliza conforme a prescrição médica ou, como veremos no desenvolvimento desta tese, faz uma bricolagem, ou seja, uma adaptação cotidiana de um produto da ciência que foi pensado e produzido com objetivos e finalidades específicas, mas que fogem ao controle quando chegam aos indivíduos e em sua prática ordinária.

Michel de Certeau, em *A Invenção do Cotidiano* (2014), propõe deslocar a atenção “do consumo supostamente passivo dos produtos recebidos para a criação anônima, nascida da prática do desvio no uso desses produtos”, conforme salienta Luce Giard na apresentação da obra (Giard, 2014:12). A análise proposta por Certeau demonstra que os produtos



apresentados à sociedade são apropriados, reapropriados e adaptados pelos indivíduos em seu fazer cotidiano, revelando, dessa forma, astúcias e saberes que são próprios dos sujeitos. Essa compreensão aponta para uma agência dos sujeitos que, diante de uma ordem econômica e cultural dominante, criam suas próprias maneiras de empregar os produtos impostos, assim como utilizam em “função de referências estranhas ao sistema do qual não podiam fugir” (Certeau, 2014: 39) ou pelo menos não deveriam. Dessa forma, o autor lembra que as astúcias e táticas são o “poder” dos fracos, através do qual constroem suas práticas e sobrevivência no cotidiano. Comparam-se, portanto, aos insetos que se camuflam e os peixes que se disfarçam como uma lógica operatória das astúcias multimilenares presentes em todas as sociedades, inclusive entre os animais.

Este é um ponto importante para a discussão em torno do misoprostol. Enquanto produto da ciência, ele surge com uma finalidade delineada: o tratamento de úlceras gástricas. No entanto, no decorrer de sua trajetória, o medicamento teve seu uso “desviado” e aplicado para outros fins. Para compreender esse processo é preciso ter em mente que os usuários - homens e mulheres - não são sujeitos passivos que recebem e aceitam as imposições feitas pelos detentores do poder, seja ele econômico, social ou cultural, ou todos eles juntos. Certeau se interessa, sobretudo, pelos modos de operação ou esquemas de ação desses sujeitos que inventam o cotidiano a partir de suas práticas e com ela operam uma bricolagem, “com e na economia cultural dominante, usando inúmeras e infinitesimais metamorfoses da lei, segundo seus próprios interesses e suas próprias regras” (Certeau, 2014: 40). A tática é, na visão do autor, a arte do fraco. Podemos entender como “fracos” todos aqueles que estão fora dos espaços de poder, aqueles sujeitos ordinários que operam e fabricam sua existência no espaço comum. A perspectiva de Certeau sobre a bricolagem do cotidiano e a prática dos sujeitos ordinários nos permite pensar a atuação das mulheres frente ao misoprostol. Um produto científico, imposto aos consumidores com finalidade marcada e definida, foi apropriado e reapropriado por essas mulheres que se utilizaram da astúcia e de táticas para subverter a ordem imposta.

Dessa forma, para compreender a vida social deste medicamento, estabelecemos como ponto inicial a inserção do misoprostol no mercado farmacêutico brasileiro, em 1986, e finalizamos a discussão em 1998 com o enquadramento do medicamento na Portaria nº 344/98, que aprova o regulamento técnico de substâncias e medicamentos submetidos a controle especial. Entre os anos de 1986 e 1998 identificamos fatos relevantes que marcaram

a presença do medicamento no país e os rumos tomados até a proibição da comercialização e restrição do uso ao ambiente hospitalar.

Considero que realizar a história de um tempo tão próximo é um desafio, assim como a temática tratada aqui. Isso porque, como lembrado por Maria Helena Capelato, em seu trabalho “História do tempo presente: a grande imprensa como fonte e objeto de estudo”, o estudo sobre o passado recente se apresenta como uma tarefa árdua não apenas pelas dificuldades metodológicas, mas também pelo posicionamento político dos sujeitos que as fazem e foram, ou são, participantes da história que se escreve (Capelato, 2014: 301). Para historiadores que trabalham com esse passado mais próximo, uma das importantes questões metodológicas está em conceituar “que tipo de história fazemos?”. Nesse sentido, discute-se o recorte cronológico que faz uma história ser a história do tempo presente. Para alguns, esse período iniciaria com a dissolução da União Soviética; para outros, considera-se o fim da Segunda Guerra Mundial. Não busco, no entanto, encaixar ou classificar o trabalho realizado nesta tese no recorte da história do tempo presente. Esta não é a dificuldade principal. As acusações da suposta ausência de “distanciamento” necessário ao historiador seria uma falha para a análise desses eventos. Tanto a proximidade temporal, como o interesse nos debates propostos fazem com que a escrita desta tese seja o diálogo entre o ofício da historiadora e o posicionamento político acerca da defesa da autonomia da mulher sobre seu corpo e direitos reprodutivos. Como a autora destaca, uma das especificidades do campo é a “fronteira tênue entre o momento presente e o passado” (Idem, p. 302).

Vale salientar que o país vivia, no contexto analisado, o momento de redemocratização com o fim da ditadura civil-militar<sup>2</sup> instaurado com o golpe em 1964. Nesse sentido, a mobilização dos movimentos de esquerda e de oposição, incluindo o movimento feminista, estava organizada na luta contra o regime ditatorial e em prol do estabelecimento da democracia. Nesses termos, Leila Linhares Barsted (2009) comenta a participação do movimento de mulheres nesse período,

---

<sup>2</sup> Adoto a nomenclatura “Ditadura civil-militar” em consonância com perspectivas historiográficas que apontam que o governo dos militares não teria sustentação sem o apoio de amplas parcelas da sociedade civil. Conforme Carlos Fico, “não devemos ter uma perspectiva vitimizadora da sociedade, que teria sido integralmente abatida pela ditadura, como se todos fossem democratas. [...] o golpe contou com o apoio de expressivos setores da sociedade. Do mesmo modo, o “milagre brasileiro”, durante o qual a classe média pôde comprar carros, eletrodomésticos e imóveis, tornou o general Médici popular e, enquanto durou, legitimou o regime militar” (Fico, 2019:87). Longe de relativizar o amplo uso da violência que caracterizou o poder dos militares, entende-se que, de certa maneira, grupos sociais validaram as ações daqueles que estavam a frente do governo.

Ao lado da luta contra a interferência histórica do Estado sobre os corpos femininos, as feministas se engajaram no processo de redemocratização do país, embora fossem olhadas com desconfiança pelos demais setores opositores do regime militar, incluindo os militantes de esquerda, que desconsideravam como políticas as questões específicas no campo da sexualidade, especialmente quando colocadas pelas feministas como questões que diziam respeito a direitos individuais, inerentes à liberdade e autonomia do indivíduo (Barsted, 2009: 229).

Assim, diante de um projeto maior representado pela luta contra a ditadura e a volta da democracia ao país, as pautas específicas do movimento feminista, tais como aquelas referente aos direitos reprodutivos e autonomia sob o corpo eram vistas, pelos outros grupos, como não urgentes e de menor importância.

Embora com limitações, outros trabalhos apontam que as pautas feministas não passaram despercebidas no período. Carla Bassanezi Pinsky e Joana Maria Pedro enumeram algumas das conquistas das mulheres com o fim do regime civil-militar e a construção de uma nova Constituição, a de 1988. A grande participação feminina, o famoso “lobby do batom” na Constituinte, possibilitou que algumas das pautas urgentes fossem ouvidas e expressadas no novo texto constitucional. Ei-lo,

A “Constituição democrática” assegurou igualdade entre homem e mulher no âmbito da família [...]. A licença maternidade foi estendida sem prejuízo do emprego e do salário e foi criada a licença-paternidade. O planejamento familiar foi considerado uma decisão do casal, sendo obrigação do Estado oferecer métodos científicos e educação a esse respeito. No mercado de trabalho, ficou proibida qualquer diferença salarial baseada no gênero (Pinsky e Pedro, 2017: 112).

A redemocratização do país e a participação do “lobby feminino” na elaboração do texto constitucional permitiu que o movimento feminista avançasse na conquista de suas pautas. Viu-se, portanto, que as discussões relacionadas à autonomia feminina no campo sexual e reprodutivo foram - e continuam sendo - grandes tabus no campo social, legislativo e de execução de políticas públicas, gerando dificuldades para contemplá-las nas propostas para o texto constitucional. Assim, compreendemos que mesmo que os debates em torno da possibilidade de flexibilizar a legislação sobre aborto estivesse inserida no movimento, sofria grandes abalos com propostas que visavam restringir ainda mais o direito das mulheres a decidir o futuro de uma gravidez. Em muitos casos, o movimento feminista precisou se deter

em “segurar” as garantias já conquistadas diante dos avanços conservadores nas bancadas legislativas.

Por outro lado, não podemos pensar que as discussões em torno do aborto ficaram inertes nesse período. Maria Isabel Baltar da Rocha (2006) escreveu uma síntese sobre a discussão política a respeito do aborto no Brasil, em que reflete acerca do período de redemocratização como um momento e oportunidade em que houve maior abertura para o posicionamento da sociedade civil e, nesse caso, das mulheres em prol de suas próprias demandas. Mesmo com restrições diante de outras pautas e pouco apoio, a década de 1980 propiciou maior visibilidade em torno da questão, criando “condições para ampliação do debate e elaboração de novas normas e políticas públicas, bem como novas decisões no âmbito do judiciário” (Rocha, 2006: 369). Assim, destaca que os dois principais atores que colocaram o debate do aborto em pauta durante a elaboração do novo texto constitucional foram o movimento feminista e a Igreja Católica, sendo esta última contrária a qualquer tipo de permissivo e buscando inserir tal postura na nova Carta Magna o que, no entanto, não aconteceu. Dessa forma, embora os ganhos não tenham sido representativos nessa área específica, a autora vê como positivo a maior abertura para a discussão dessa temática tanto na esfera legislativa, como na jurídica, e na própria sociedade em comparação a momentos anteriores.

Localizar a discussão aqui estabelecida é fundamental para compreender o terreno no qual os debates entre os diversos sujeitos acontecem, e como as ações são pensadas e construídas, considerando o cenário político e social do país. Se com o fim do regime civil-militar e início da redemocratização temos maior inserção dos direitos reprodutivos e, do aborto especificamente, em pauta enquanto demanda do movimento feminista, tem-se também o avanço de posturas conservadoras provenientes de grupos religiosos que serão contrários ao avanço de qualquer agenda nesse sentido. É justamente nessa conjuntura que o misoprostol surge e se dissemina enquanto método abortivo de amplo conhecimento e uso no cotidiano das mulheres. Para refletir sobre a “vida” do misoprostol e sua trajetória, elenquei fases na qual podemos destacar pontos mais significativos e compreender as práticas e discursos em torno do medicamento.

No primeiro momento, entre os anos de 1986 e 1991, podemos identificar a fase de expansão do uso do misoprostol para a prática abortiva. No início da pesquisa, as primeiras fontes que indicavam a transformação de um medicamento criado para o tratamento de úlceras gástricas em abortivo tendiam, quase sempre, a relatá-la como um caso acidental que

levou ao conhecimento das propriedades abortivas do medicamento. Com o desenvolvimento da análise, essa percepção não se sustentou. A observação cuidadosa sobre a descoberta das prostaglandinas, substâncias das quais o misoprostol é um derivado sintético (prostaglandina E1), mostrou que os primeiros resultados obtidos pelos cientistas já apresentavam o efeito de contração do músculo uterino e, junto a isso, o potencial abortivo que as prostaglandinas poderiam ter, dependendo da forma de aplicação dessas moléculas. As notícias nos jornais e revistas de circulação nacional chamavam atenção para a descoberta de substâncias que agiam na contração da musculatura uterina e que poderia, segundo os médicos, facilitar a realização do aborto e diminuir, dessa forma, o sofrimento das mulheres que passavam por um abortamento espontâneo, por exemplo. Ressalta-se, no entanto, que até aquele momento falava-se da utilização para os casos de aborto espontâneo e/ou legal. Os médicos viam, portanto, a oportunidade de minimizar o abalo psicológico dessas mulheres, oferecendo uma alternativa mais rápida e eficaz para o tratamento desses casos. Em nenhuma situação, destaca-se, pautava-se a aplicação das prostaglandinas para a facilitação do aborto ilegal e diminuição da mortalidade materna resultante dos abortos em situação de risco. Essa perspectiva irá aparecer décadas depois, quando movimentos feministas e pesquisadores da área de tecnologias reprodutivas irão pensar a aplicação dessas substâncias como forma de atenuar os problemas de saúde pública decorrentes do expressivo número de abortos ilegais que geravam grandes riscos para a saúde das mulheres e prejuízos para o Estado.

O segundo momento que identifiquei, sobretudo entre os anos de 1990 e 1991, caracteriza-se pelas primeiras denúncias na mídia sobre o uso do medicamento para a prática abortiva que terá forte influência para o início das pesquisas sobre a utilização do misoprostol. O consumo, será, a partir de então, caracterizado como “*indevido*” pelo campo farmacêutico a partir dos paradigmas da farmacovigilância. Nessa fase, notamos o esforço dos especialistas em mensurar a utilização *indevida* do medicamento para a prática abortiva, buscando descrever como as mulheres obtiveram acesso a ele, assim como as consequências de sua utilização, vista a partir do aumento da entrada de mulheres nas maternidades para realização da curetagem como “etapa final” de um aborto incompleto realizado fora do ambiente hospitalar. Embora não fossem os únicos interessados na temática, elegemos, para esse estudo, a atuação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) vinculado ao Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC) por sua relevância na produção de artigos científicos que colaborou de forma efetiva para a construção do conhecimento acerca do medicamento e a participação de seus membros em

diversos espaços - mídia, reuniões de autoridades e congressos - em prol do estabelecimento de um rígido controle sobre a comercialização do misoprostol no país e, dessa forma, impedir a utilização indevida, segundo os conceitos do próprio campo, da substância. Inicialmente, os pesquisadores buscaram compreender a trajetória do medicamento até as mulheres que faziam o uso para a prática do aborto ilegal. Para isso, realizaram-se pesquisas nas farmácias de Fortaleza, capital do estado do Ceará, para descobrir como ocorria a indicação do misoprostol para o uso abortivo. Nessa etapa, os membros do GPUIM assinalaram que os balconistas e/ou farmacêuticos tiveram ampla participação na difusão da propriedade abortiva do medicamento, indicando-o para “fazer descer” a menstruação, sozinho ou acompanhando de outros medicamentos e substâncias. Diante dessa constatação, a segunda etapa da pesquisa atentou para o aumento de atendimentos na Maternidade Assis Chateaubriand (MEAC-UFC) relacionados à curetagem. Para os pesquisadores do grupo, o aumento do número de mulheres atendidas para curetagem se devia à expansão da utilização do misoprostol como abortivo. Pois, para o grupo, tratando-se de um abortivo de baixa eficácia, trazia como consequência a necessidade da curetagem para “completar” o aborto. Criando, dessa forma, mais um problema de saúde pública que seria uma “epidemia” de curetagens nas maternidades públicas. A relação entre os dados - medicamentos vendidos nas farmácias + número de atendimentos na MEAC-UFC - demonstravam que o misoprostol era amplamente utilizado para a prática abortiva e, por esse motivo, urgia estabelecer medidas de controle sobre tal prática. Também, nesse período, foram publicizados os primeiros indícios do efeito teratogênico<sup>3</sup> do medicamento. Os primeiros casos foram identificados também em Fortaleza e analisados pelo GPUIM.

Para a discussão sobre o risco teratogênico, outras instituições e sujeitos aparecem no contexto de construção do conhecimento acerca deste medicamento e seus “perigos” para os bebês. Assim, temos o grupo de médicos responsáveis pelas pesquisas desenvolvidas no âmbito do Sistema Nacional de Agentes Teratogênicos (SIAT) vinculado ao Serviço de Genética do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), membros do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), entre outros pesquisadores pertencentes às diversas universidades e institutos de pesquisa do Brasil que se dedicaram a investigar o efeito teratogênico do medicamento. A busca pela comprovação do risco teratogênico uniu pesquisadores de várias partes do país e, inclusive, estudiosos estrangeiros

---

<sup>3</sup> Agente teratogênico: qualquer agente físico, químico, biológico ou estado de deficiência que, durante a vida embrionária, leva a alteração na estrutura ou função do conceito. Disponível em: <https://siat.ufba.br/agentes-teratog%C3%AAnicos>.

em torno de casos que pudessem, de certa forma, legitimar o discurso de perigo do misoprostol, comparando-o ao caso da talidomida, ocorrido nos anos 1960.

Percebe-se, portanto, que a construção do fato científico, ou seja, o risco teratogênico do misoprostol aqui analisado a partir da perspectiva dos estudos sociais da ciência, representada por Bruno Latour, Ludwik Fleck e Karin Knorr-Cetina refere-se ao processo de construção da ciência e seus produtos enquanto elaborações culturais e coletivas que envolvem diversas instituições sociais, campos e sujeitos com interesses intencões e específicos. Diante dessa compreensão, devemos refletir sobre a construção do conhecimento científico em torno do misoprostol como um mosaico conformado a partir da contribuição de vários campos do conhecimento que se uniram, em torno de um objetivo comum, estabelecer um fato científico definido pelo risco teratogênico que traria, junto consigo, o perigo de uma nova “talidomida”, e que, por este motivo, fazia-se urgente e legítimo criar um aparato regulatório sobre a comercialização e uso deste medicamento. Conforme Lothar Schafer e Thomas Schnelle, na introdução de “Gênese e desenvolvimento do fato científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento”, a análise de Ludwik Fleck sobre a reação de Wasserman sinaliza que,

Para o desenvolvimento de um fato científico, há fatores em jogos que não são ancorados, em primeiro lugar, no pensamento de um cientista individual. A permanência de ideias vinculadas a uma sociedade, a uma situação histórica ou a uma cultura é para Fleck tão ou ainda mais importante do que aquilo que é intencionado pelo pesquisador individual e que as técnicas de verificação que o mesmo inventa e elabora (Schafer e Schenelle, 2010: 17).

Contextualizado desta forma, um fato científico não surge do desejo individual de um cientista, mas sim como obra coletiva de vários sujeitos e instituições que colaboram no projeto de construção e elaboração do fato em questão. A conformação do conhecimento científico acerca do misoprostol que fundamentou o discurso de risco teratogênico e perigo moral foi elaborada a partir da atuação de diversos atores, fossem eles indivíduos ou instituições.

Em consonância com essa discussão, em “Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora” (2011), Bruno Latour elaborou um quadro explicativo sobre o processo de construção da ciência a partir da observação da prática cotidiana, esmiuçando os detalhes, de cientistas e engenheiros na bancada dos laboratórios e centros de pesquisa no desenvolvimento daquilo que se constituirá, a partir da colaboração e reconhecimento dos pares, em ciência. Dessa forma, o autor “segue” esses atores de forma a perceber as

movimentações dos especialistas entre seus diversos espaços de atuação e o diálogo que se estabelece com o mundo social. Nessa abordagem, o autor dá um espaço privilegiado à análise dos artigos científicos enquanto veículos retóricos de arregimentação de aliados. Este é um dado importante quando investigamos a atuação dos sujeitos e instituições em torno do misoprostol. A publicação de artigos científicos foi uma valiosa ferramenta de construção do conhecimento e diálogo entre os pares sobre o referido medicamento. Os primeiros artigos publicados pelo GPUIM foram reiteradamente citados por pesquisadores brasileiros e estrangeiros ao abordarem temas relacionados ao misoprostol. O diálogo entre os pares através das publicações científicas demonstra o processo de legitimação e aprovação da produção científica desses sujeitos. Essas publicações foram utilizadas, inclusive, em outros campos de poder, como é o caso da esfera jurídica. No processo de construção da argumentação condenatória do misoprostol, o Procurador da República Oscar Costa Filho, dispôs da produção científica como argumento de autoridade daqueles que são, segundo sua formação, vínculo institucional e validação dos pares, os especialistas na temática e que, portanto, possuem o conhecimento legítimo sobre o assunto. A partir desse exemplo, percebemos a relevância dessas produções como veículos retóricos de construção e diálogo da ciência e como argumentos legitimadores para processos mais amplos na sociedade, como é o caso da elaboração de aparatos regulatórios e restritivos em torno do medicamento aqui analisado.

Para concluir esse ponto, a produção de Karin Knorr Cetina corrobora com nossa argumentação sobre a perspectiva de construção coletiva e social dos fatos científicos. Para a autora, “os produtos da ciência são construções contextualmente específicas que carregam as marcas da contingência situacional e a estrutura de interesses do processo pelo qual elas são geradas, e que não podem ser entendidas adequadamente sem uma análise de sua construção” (Cetina, 2005:61). Assim, percebe-se, mais uma vez, que os produtos da ciência não estão desligados do mundo social que não só rodeia, mas faz parte da prática cotidiana presente nos institutos de pesquisa, laboratórios e universidades. Os autores citados são importantes referências e interlocutores para a reflexão esboçada nesta tese. Assim, ao compreender que o fato científico é resultado do esforço coletivo de vários sujeitos e instituições responsáveis pela elaboração de ideias que assumiram o status de verdade, é possível, dessa forma, investigar a ação dos sujeitos envolvidos no “Caso Misoprostol”. A atuação dos campos científicos, farmacêutico e medicina genética foi responsável pela construção do conhecimento científico em torno do misoprostol que cristalizou, perante à sociedade, o uso



“*indevido*” e “*irracional*” do medicamento para a prática abortiva, assim como marcou, fortemente, o imaginário popular com a imagem de perigo, pois o misoprostol seria responsável pela criação de uma “*geração de monstros*”, ou seja, no caso da falha do medicamento e a não consumação do aborto, as crianças nasceriam com defeitos congênitos graves.

O terceiro momento, no qual situo os anos posteriores às primeiras denúncias do uso abortivo e do surgimento dos indícios de perigo teratogênico, assim como após a onda dos primeiros esforços dos pesquisadores para construir indícios e fornecer comprovação científica contra a disponibilidade do misoprostol no mercado, reflete a forte atuação desses atores – sujeitos e instituições – para a normatização do misoprostol. Portanto, uma rígida legislação que dificultasse - ou de certa forma proibisse - a comercialização no território nacional e impedisse o uso indevido como abortivo. Nesse sentido, a partir de 1991, nota-se a grande presença de notícias acerca do misoprostol e das pesquisas em desenvolvimento, tal como uma grande circulação de artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais demonstrando o amplo debate travado entre os especialistas e a relevância social que o tema suscitava. Poderíamos, nesse sentido, delimitar essas ações até o ano de 1998, marco que finaliza o recorte temporal de análise desta tese e representa, também, para a nossa investigação, o último momento do processo de normatização do misoprostol no Brasil.

O ano de 1998 encerra a análise desenvolvida neste trabalho e representa, na forma como construímos a argumentação apresentada, o marco simbólico da normatização do misoprostol no Brasil com o estabelecimento, formal e legal, de um aparato regulatório que restringiu a circulação do misoprostol. A Portaria nº 344/1998 retrata a culminância de todo processo coletivo que envolveu sujeitos e instituições para a criação de um aparato regulatório capaz de impedir, ou pelo menos dificultar, a comercialização do medicamento no país, além de restringir o uso do fármaco ao ambiente hospitalar criando, dessa forma, grandes dificuldades para o acesso das mulheres a essa substância. Um fato importante do processo de normatização do misoprostol diz respeito a quem, prioritariamente, ele buscou atingir.

A partir da observação aqui realizada, o principal efeito do processo disciplinatório em torno do misoprostol foi fazê-lo inacessível às mulheres. Sabemos, no entanto, que isto nunca foi totalmente concretizado devido ao comércio ilegal que continua a fornecer, com preços abusivos, medicamentos às mulheres que buscam realizar o aborto. Este fato significa, portanto, que a aprovação dessas medidas colocou as mulheres, principais interessadas, em situações ainda mais precárias de acesso ao aborto, pois, além de não receberem informações

quanto ao uso seguro do medicamento, poderia fazer com que, entre outras situações, deparem-se com medicamentos falsos e se submetam a riscos ainda maiores. Entende-se, nesse sentido, que embora todas as dificuldades impostas buscassem coibir o uso autônomo do misoprostol pelas mulheres, ele continua acontecendo diariamente no país, assim como o aborto, apesar de uma legislação amplamente restritiva que condena, e uma sociedade que culpabiliza moralmente as mulheres que recorrem a essa prática.

Dessa forma, o magnífico trabalho organizado por Joana Maria Pedro, “Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX”, reuniu trabalhos discutindo o caráter histórico dessas práticas e demonstrando, a partir das análises apresentadas, que, embora aborto e infanticídio sejam vistos hoje, em nosso tempo, como crimes passíveis de condenação pela lei e pela moral da sociedade, já foram, em outros momentos da nossa história, considerados como práticas senão “legais”, mas aceitáveis do ponto de vista social como *costumeiras*. Práticas costumeiras são aquelas, segundo a autora, que “são sancionadas pelo costume, as quais passam despercebidas e são toleradas e aceitas pela cultura na qual se inserem” (Pedro, 2003:19). Isso significa pensar que, em determinadas sociedades, essas práticas foram toleradas pelo selo do costume no cotidiano dos sujeitos que validavam, a partir de justificativas vistas como aceitáveis, a escolha das mulheres pela prática do aborto ou do infanticídio. Como justificativas socialmente aceitas para o aborto, podemos citar a defesa da honra da mulher e a garantia de condições mínimas para a vida dos filhos já nascidos que poderia ser prejudicada pela chegada de novas crianças em uma família economicamente desfavorecida. Dessa forma, embora não fossem legalmente recomendadas e se buscava, sempre que possível, mantê-las em sigilo, as práticas costumeiras estavam presentes na vida dessas mulheres e famílias e eram, assim, legitimadas pelos indivíduos que reconheciam sua existência e as deixavam passar despercebidas. A elaboração de medidas de controle e a crescente culpabilização moral dessas práticas, embora tenham criado obstáculos, não conseguiu, em nenhum momento, impedir completamente sua existência que se perpetua na sociedade, reinventando-se e despertando novas discussões. Nesse sentido é possível dizer que, embora submetido a um rígido controle e fiscalização, o uso do misoprostol para a prática do aborto está inserido no cotidiano da nossa sociedade e se reinventa a partir das discussões atuais sobre a autonomia feminina do próprio corpo, pelos debates em torno dos direitos reprodutivos, assim como pelo persistente embate entre propostas que visam flexibilizar a legislação em torno do aborto e, por outro lado, aquelas que buscam diminuir as garantias existentes atualmente.

Proibido para o uso como abortivo, o misoprostol ganhou nova importância pelas possibilidades de aplicações nas áreas ginecológica e obstétrica utilizadas em gestantes e parturientes. Como exemplo, podemos citar a indução do trabalho de parto, a indução do aborto legal, o esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal (uma das primeiras aplicações estudadas por pesquisadores brasileiros, conforme veremos no capítulo 1 e que validou a grande revolução das prostaglandinas para o campo obstétrico), o amolecimento cervical antes do aborto cirúrgico, entre outros empregos. A administração do misoprostol em todos esses casos foi indicada, desde os primeiros estudos sobre a relevância farmacêutica do medicamento e foi, anos depois, validada por diversos documentos técnicos regulatórios de âmbito nacional, como se vê no Protocolo Misoprostol, publicação elaborada e distribuída pelo Ministério da Saúde em 2012. Neste documento, o órgão dá orientações sobre dosagem, via, intervalos e possibilidades de uso para o medicamento no campo obstétrico. Outra forma de inferir a importância da disponibilidade dessa substância está, no caso brasileiro, na sua inserção dentro da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2010, que preconiza a essencialidade incontornável de medicamentos e substâncias que devem estar disponíveis aos profissionais de saúde e sociedade conforme orientação de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). A própria OMS concedeu ao fármaco o estatuto de essencialidade devido sua aplicação no controle de hemorragia pós-parto reconhecida como a principal causa de mortalidade materna no mundo (Corrêa e Mastrella, 2012: 1778).

Ora proibido, ora essencial, a vida social do misoprostol transita entre dois polos antagônicos na sociedade brasileira. Essa “vida dupla” do medicamento é discutida por Silvia de Zordo em “A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil”. Considerado como uma revolução para a obstetrícia e condenado pelo status ilegal do aborto no Brasil, o misoprostol protagoniza uma vida dupla caracterizada por um status médico e legal ambíguo. Em seu estudo, a autora analisa como a partir da América Latina e principalmente do Brasil, ocorreu a transformação do misoprostol de um medicamento destinado ao tratamento de úlceras gástricas em ferramenta abortiva e obstétrica eficaz (Zordo, 2012: 20). Essa transformação foi sentida pelos profissionais de saúde que atuam nos hospitais e maternidades da rede pública atendendo mulheres de classes sociais mais baixas. Nas entrevistas realizadas com esses profissionais, a autora identificou falas que apontam para os ganhos que o misoprostol representou na diminuição da morbimortalidade das mulheres mais pobres que recorriam a métodos inseguros e arriscados para a prática do aborto ilegal.

Em países como o Brasil, em que o aborto é duramente condenado na legislação, a disponibilidade desse medicamento minimiza a situação de precariedade nas quais são praticados, diariamente, centenas de abortos e reduz, de maneira importante, os agravos de saúde e mortalidade dessas mulheres (Idem).

Movendo-se entre caminhos contraditórios, o misoprostol continua a habitar a dinâmica social, os percursos abortivos das brasileiras e os debates em torno da ilegalidade do aborto no país, demonstrando que o “Caso Cytotec” está longe de ser um assunto encerrado. Uma rápida busca na internet informa várias notícias recentes em que o misoprostol aparece em cena. Essas notícias mesclam denúncias de comércio ilegal do medicamento, uso clandestino por mulheres, falsificação, propostas de flexibilização do uso, entre outros. Em março de 2019, a Defensoria Regional de Direitos Humanos (DRDH) da Defensoria Pública da União (DPU), em São Paulo, apresentou recomendação à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a liberação da comercialização de medicamentos à base de misoprostol nas farmácias em casos de aborto legal, ou seja, naqueles decorrentes de estupro, em casos de risco para a vida da gestante e fetos anencéfalos<sup>4</sup>. De acordo com o pedido da DPU, o uso restrito ao ambiente hospitalar viola o direito das mulheres de interromper a gestação em casos garantidos por lei. O caso foi motivo de audiência pública realizada em São Paulo. A favor da recomendação, a defensora pública Fabiana Severo informou que a proibição da comercialização não tinha justificativas médicas e nem legais.

Contrário à proposta, o farmacêutico gerente de avaliação de eficácia e segurança da Anvisa, Gustavo Santos, rebateu que as medidas restritivas foram adotadas para garantir a segurança das pacientes, visto os possíveis efeitos adversos do medicamento. Além disso, outras questões também estariam envolvidas em mudanças referentes à disponibilidade do misoprostol, exemplo disso é como se daria o controle dessa venda nas farmácias. Diante das falas contrárias e favoráveis à recomendação, o médico Rosires Pereira Andrade, representante da Federação das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), defendeu que evidências científicas já atestavam a segurança e eficácia do misoprostol para uso domiciliar. Segundo o médico, a utilização em casa já é uma prática universal e recomendada por vários organismos internacionais, e muito mais simples se comparado ao internamento para realização do aborto. Ainda no mesmo pedido, a DPU solicitou também a

---

<sup>4</sup> Jornal Folha de São Paulo, *Defensoria recomenda venda de remédio abortivo em farmácia*, 29.03.2019. Disponível em: [https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/defensoria-defende-venda-de-remedio-abortivo-emfarmacia.shtml?utm\\_source=twitter&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=comptw?loggedpaywall](https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/defensoria-defende-venda-de-remedio-abortivo-emfarmacia.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=comptw?loggedpaywall). Acesso realizado em 12.11.2022.

revisão dos protocolos quanto ao impedimento de propaganda e publicidade sobre o medicamento. Para os autores do pedido, a referida medida fere o direito à informação e faz com que muitas mulheres utilizem o medicamento sem nenhuma fonte segura de informação sobre o uso correto.

Diante do pedido que repercutiu na mídia, as discussões sobre o misoprostol reacenderam debates que ocorrem no período analisado nesta tese. A mesma temática foi apresentada no site do Instituto Patrícia Galvão, uma organização voltada para a defesa dos direitos das mulheres através de ações na mídia. Na matéria apresentada pelo site, outra fala da defensora Fabiana Severo, já citada acima, aponta para o caminho tomado no Brasil a respeito do misoprostol. Para ela,

Nós fizemos o caminho oposto ao da Argentina: vendíamos o misoprostol em farmácias nos anos 1990 e início dos anos 2000, mas agora proibimos. É um retrocesso que precisa ser corrigido, e que já levou tempo demais. São resoluções proibitivas deste tipo que contribuem para o número tão alto de abortos no Brasil (Agência Patrícia Galvão, 2019)<sup>5</sup>.

A fala da defensora coloca a proibição da comercialização do misoprostol nas farmácias como uma medida inconveniente e inconstitucional que só colabora para altos índices de mortalidade feminina relacionada ao aborto no país.

Os argumentos utilizados pelos entrevistados vão de encontro aos pontos discutidos aqui, pois retomam questões pertinentes ao longo processo de normatização da comercialização do misoprostol no Brasil. Sendo eles: a eficácia do medicamento para a prática do aborto; o controle exercido pelos órgãos de fiscalização sobre a comercialização nas farmácias; o alto número de abortos ilegais que corresponde, muitas vezes, a situações de perigo para a saúde das mulheres; a compreensão de que o misoprostol trouxe melhores condições para a realização do aborto acarretando, dessa forma, a diminuição dos riscos para a saúde das mulheres. No desenvolvimento deste trabalho, perceberemos que estes argumentos foram, em muitas situações, reiterados pelos sujeitos e instituições analisadas como falas favoráveis ou contrárias a disponibilidade do medicamento no país.

A atualidade desse tema é reforçada em pesquisas realizadas a partir de entrevistas em hospitais e comunidades com o objetivo de conhecer os percursos abortivos adotados pelas

---

<sup>5</sup> Agência Patrícia Galvão, Defensoria Pública da União pede que misoprostol volte a ser vendido em farmácias no Brasil, 28.03.2019. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/destaques/defensoria-publica-da-uniao-pede-que-misoprostol-volte-a-ser-vendido-em-farmacias-no-brasil/>. Acesso realizado em 12.11.2022.

mulheres no Brasil. A coletânea, “Aborto e Contracepção: histórias que ninguém conta”, é resultado de um projeto de pesquisa sobre práticas contraceptivas e abortivas em grupos populares urbanos. Dessa forma, vários dos textos apresentados no livro têm como mote principal a prática do aborto nessas comunidades. A partir desses trabalhos, percebe-se não apenas a inserção do misoprostol nos itinerários abortivos das mulheres, mas, e principalmente, sua persistência. No texto de Flávia Motta, a autora realiza entrevistas com mulheres sobre os conhecimentos populares e práticas abortivas. Nesse trabalho, a autora percebe a existência de um itinerário abortivo<sup>6</sup>, ou seja, etapas de um processo em que as mulheres vão criando estratégias discursivas e testando possibilidades para a realização do aborto. Essas etapas vão desde a ingestão de chás e beberagens para “fazer descer” menstruação, “pequenos” acidentes domésticos para ocasionar sangramentos até, a partir dos anos 1980, a ingestão do misoprostol. Diz a autora,

A ingestão de supostos abortivos e outras práticas consideradas ineficazes pelo saber médico, constituem parte do processo, que inclui o aprendizado de técnicas, saberes, informações, enfim experiências a que estão associadas justificativas, reflexões, sentimentos, elaborações argumentativas que conduzem a e culminam com a provocação do aborto através de métodos eficazes como o *Cytotec* (Motta, 2012: 123).

Nesse trecho, vemos a persistência e importância do misoprostol nos itinerários abortivos adotados pelas mulheres, principalmente por aquelas que são pobres. Sem recursos para recorrer a clínicas abortivas e fazendo uso de misturas caseiras, recorrer ao misoprostol aparece como o ponto final desse processo que resultará no aborto. No trabalho “*Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil*”, Wendell Ferrari e Simone Peres analisam as estratégias utilizadas pelas adolescentes para concretizar o aborto no contexto ilegal. Através de entrevistas, os pesquisadores buscaram descrever e compreender os percursos envolvidos no processo decisório de praticar um aborto (Ferrari e Peres, 2020:2). Nessa observação, identificaram a existência de três itinerários abortivos. Sendo eles: abortos realizados na “clínica da favela”; abortos realizados em “clínicas fora da favela” e abortos com uso do misoprostol. A escolha pelo itinerário tem relação com idade, diálogo sobre a gravidez com a família, status da relação com o parceiro (“ficante”, namorado, esposo) e condições financeiras. A realização do aborto com

---

<sup>6</sup> O conceito de itinerário abortivo é reforçado por Débora Diniz e Marcelo Medeiros, “O itinerário do aborto corresponde ao percurso adotado pelas mulheres para a realização de um aborto ilegal. [...] São diferentes regimes, práticas e saberes que regulam a negociação moral entre atraso menstrual, métodos para regulação do ciclo e medidas para a concretização do aborto” (DINIZ e MEDEIROS, 2012: 1676).

misoprostol mostra-se como opção para as adolescentes sem recursos financeiros para acessar clínicas ilegais, assim como para aquelas que precisam realizar o ato na esfera privada e com pouco envolvimento de pessoas externas à situação (Ibidem). Nas duas pesquisas, os relatos orais mostram-se preciosos para a aproximação dos pesquisadores a essas práticas presentes no cotidiano das mulheres e que não seriam conhecidas por outros métodos.

No desenvolvimento desta tese, não faço uso de relatos orais. Os objetivos aqui perseguidos foram alcançados através de outras fontes conforme apresentarei. Um dos principais grupos de fontes foram os artigos científicos. Neles, observei a construção do conhecimento científico acerca do misoprostol a partir de cada campo do conhecimento que se colocou como participante desse processo. Assim, temos artigos publicados pelos membros do GPUIM (UFC), SIAT (UFRGS- HCPA) e diversos pesquisadores vinculados a outros institutos de pesquisa. O trabalho se deu de forma a observar os discursos apresentados por pesquisadores que dialogavam com seus pares em nível nacional e internacional. Assim, é possível acompanhar a face da ciência em construção, aquela que está sendo elaborada a partir das publicações, dos diálogos, da participação em congressos, etc. A permissão do acesso ao banco de dados<sup>7</sup> produzido pelos médicos e pesquisadores vinculados ao SIAT (UFRGS-HCPA) sobre os atendimentos realizados entre os anos de 1990 e 1999 foi um ganho analítico devido a possibilidade de perceber o perfil das mulheres que recorriam ao atendimento e, portanto, das mulheres que utilizavam o misoprostol. A partir dessas informações foi possível criar, mesmo que de forma representativa, um retrato sobre as formas de uso do misoprostol no período analisado.

Vale registrar, ainda, que os artigos científicos foram fundamentais para a argumentação utilizada na Ação Civil Pública que iniciou o processo de normatização do medicamento no país. A produção científica foi exaustivamente retomada pelo autor do pedido como argumento de autoridade daqueles que são os especialistas do campo. A própria Ação Civil Pública referente ao processo de retirada e restrição das vendas do medicamento Cytotec, que foi protocolada na Justiça Federal do Ceará (JFCE) em julho de 1991, fez parte

---

<sup>7</sup> As informações do banco de dados dos atendimentos do SIAT foram cedidas pela coordenadora do serviço, Dra. Lavínia Schüler-Faccini em conversa pessoal e presencial no ano de 2019. O material foi nos repassado já despersonalizado, ou seja, não tivemos acesso aos nomes das mulheres atendidas pelo serviço. No material consta apenas informações de caráter geral que nos permite montar um perfil demográfico das mulheres que recorreram ao serviço para tirar dúvidas e a forma como utilizaram o misoprostol. Em nenhuma hipótese nos foi fornecido identificação ou qualquer informação do tipo pessoal que comprometesse a identidade das mulheres atendidas pelo SIAT. Para fazer o correto e ético uso dessas informações, este projeto de tese foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz/RJ com parecer sob número 4.180.224 aprovado em 29 de julho de 2020 e cadastrado na Plataforma Brasil.

do conjunto de fontes que produziram os debates aqui estudados. O documento foi acessado presencialmente na sede do JFCE e conta com mais de 600 páginas devido às atualizações do processo feitas já a partir dos anos 2000. O acesso a essa fonte foi essencial para o cruzamento das informações e das etapas do processo que levaram à proibição da comercialização do misoprostol primeiramente no Ceará e depois em todo o país.

As fontes midiáticas, jornais e revistas de ampla circulação nacional, assim como os jornais de circulação local – do estado do Ceará, por exemplo, tiveram relevância primordial para análise da construção da imagem de risco e perigo associada ao misoprostol. Nessas fontes percebo como o discurso médico científico foi apropriado e transmitido à sociedade, muitas vezes utilizando tons alarmantes e de terror.

Assim, a mídia colaborou na disseminação do discurso contrário à disponibilidade do medicamento nas farmácias a partir das evidências científicas apresentadas pelos pesquisadores que alertavam para o perigo que o misoprostol acarretaria para a saúde pública e moral da sociedade brasileira. Além da epidemia de abortos resultante do uso do medicamento, ele traria consigo uma “geração de monstros” comparando-o aos efeitos da talidomida décadas antes. Utilizo, portanto, para essa análise, e de forma mais sistemática, os jornais: O Povo e O Diário do Nordeste<sup>8</sup>, O Globo e Jornal do Brasil<sup>9</sup>, Folha de São Paulo e O Estado de São Paulo<sup>10</sup>. Outros periódicos foram utilizados em menor volume, entre eles: Jornal O Pioneiro (RS), A Gazeta da Farmácia (RJ), Jornal O Fluminense (RJ), Jornal Correio

---

<sup>8</sup> O Jornal O Povo foi criado em 1928 na cidade de Fortaleza pelo jornalista Demócrito Rocha que logo em seguida receberia o reforço do jovem estudante de direito Paulo Sarasate, nome que ganharia destaque na política cearense anos depois. Nos anos iniciais de seu funcionamento, o jornal reunia em seus quadros de redatores, jornalistas e colaboradores, importantes nomes da intelectualidade cearense, podendo citar entre eles Raquel de Queiroz. Já na segunda metade do século XX, as inovações técnicas na redação do jornal permitiram que este se colocasse como um importante veículo de comunicação cearense e se consolidasse na produção midiática do Estado (Nobre, 2006:140). O Jornal Diário do Nordeste foi inaugurado em 1981 pelo empresário Edson Queiroz como parte do Sistema Verdes Mares e se destacou, desde os primeiros números, pela forma eficiente de comunicar a Capital com o restante do Estado. Disponível em: <https://grupoedsonqueiroz.com.br/nossa-historia/>. Acesso realizado em 19.11.2022.

<sup>9</sup> O Jornal O Globo foi fundado em 1925 na cidade do Rio de Janeiro por Irineu Marinho. Mais informações, ver: <http://memoria.oglobo.globo.com/linha-do-tempo/o-globo-eacute-lancedilado-9196292>. Acesso realizado em 19.11.2022. O Jornal do Brasil foi fundado em 1891 por Rodolfo de Souza Dantas. Desde sua criação, adotou postura inovadora ao mandar correspondentes para diversos países, como Alemanha, França, Itália e outros. Devido à crise financeira, teve sua última edição em circulação no ano de 2010. Informações disponíveis em: <https://bndigital.bn.gov.br/artigos/jornal-do-brasil/>. Acesso realizado em 19.11.2022.

<sup>10</sup> A primeira edição do Jornal Folha de São Paulo circulou em 1921 sobre os comandos de Olival Costa e Pedro Cunha e sua redação estava localizada na Praça Antônio Prado no Centro de São Paulo. Disponível em: <https://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/1687500060552154-folha-100>. Acesso realizado em 19.11.2022. O Jornal O Estado de São Paulo, conhecido como O Estadão, foi inaugurado em 1875 por um grupo de republicanos e em 1902 foi adquirido por Júlio Mesquita. Disponível em: <http://memorialdaresistencia.org.br/lugares/jornal-o-estado-de-sao-paulo/>. Acesso realizado em 19.11.2022.



da Manhã (RJ), dentre outros. As revistas de ampla circulação foram: Revista Veja<sup>11</sup> e Revista Manchete<sup>12</sup>. O acesso a esse material foi realizado de forma física/presencial e virtual de acordo com a disponibilidade de cada conteúdo e, muitas vezes, atravessado pelo contexto de pandemia de Covid-19 ocorrido entre os anos de 2020 e 2022 que impossibilitou o deslocamento até os locais de pesquisa<sup>13</sup>. A busca nas plataformas digitais ocorreu a partir de palavras-chave tais como: misoprostol, cytotec e citotec. Em outros momentos também se utilizou a palavra “aborto” para chegar a matérias que não citavam o medicamento pelo nome, mas como pílula abortiva entre outras designações. A pesquisa nos acervos físicos ocorreu de forma instintiva, buscando-se momentos importantes e de controvérsias em torno do misoprostol.

Os documentos técnicos e institucionais foram utilizados para compreender o posicionamento oficial das autoridades brasileiras e internacionais acerca do medicamento. As legislações e documentos do campo jurídico permitiram percorrer os caminhos que culminaram no aparato regulatório acerca da comercialização e a restrição do uso ao ambiente hospitalar. Destaco a pequena amostra de extratos do Diário Oficial de São Paulo que permitiu observar a denúncia e abertura de processos criminais contra mulheres que praticaram o aborto e, específico para nossa investigação, utilizando o misoprostol enquanto ferramenta abortiva. Esses extratos de convocação reforça a disseminação do misoprostol como abortivo nos anos estudados e o acesso que as mulheres tinham ao medicamento durante a trajetória de enrijecimento das regulamentações acerca de sua comercialização e uso.

A análise das fontes permitiu investigar a trajetória do misoprostol no Brasil entre os anos de 1986 e 1998. Nesse percurso, examinei desde a descoberta das prostaglandinas, substâncias das quais o misoprostol é um análogo sintético, sua introdução no mercado farmacêutico para o tratamento de úlceras gástricas e a transformação em abortivo através das práticas cotidianas. Após esse momento, voltei o olhar para a construção do conhecimento científico, no campo farmacêutico e da medicina genética, que embasaram a perseguição ao

---

<sup>11</sup> Lançada em setembro de 1968 pela Editora Abril durante o regime civil-militar tendo sua primeira edição censurada. Informações disponíveis em: <https://veja.abril.com.br/brasil/os-50-anos-de-veja-uma-linha-do-tempo/>. Acesso realizado em 19.11.2022.

<sup>12</sup> A Revista Manchete foi lançada no Rio de Janeiro em 1952, criada pelo ucraniano Adolpho Bloch, tendo circulado continuamente até julho de 2000. Disponível em: <https://bndigital.bn.gov.br/artigos/manchete/>. Acesso realizado em 19.11.2022.

<sup>13</sup> No Brasil, os primeiros casos de Covid-19 foram registrados a partir de fevereiro de 2020. A partir desse momento, o país enfrentou a crise sanitária e medidas de isolamento social que afetaram o funcionamento de instituições e espaços de pesquisa. Dessa forma, muitos dos acervos possíveis de contemplar a pesquisa não foram acessados ou foram de forma parcial. Os acervos digitais se mostraram de grande relevância para a construção da tese nesse cenário.

misoprostol no Brasil e legitimaram a criação de um aparato regulatório sobre o medicamento. Para sistematizar essa proposta, a tese foi dividida em quatro capítulos que abordam cada um dos pontos destacados.

O capítulo 1, intitulado “De revolução da medicina a vilão: a descoberta das prostaglandinas e a chegada do misoprostol ao mercado farmacêutico brasileiro”, é destinado a construir o início da trajetória do misoprostol e está dividido em três tópicos. No primeiro momento, o surgimento das prostaglandinas vistas como a nova revolução da medicina e que poderiam proporcionar, segundo pesquisadores, um “remédio único” para muitos males. Da descoberta dessas substâncias até o lançamento do misoprostol apresentado como o mais moderno tratamento para úlceras pépticas – gástricas e duodenais – que iria substituir todos os tratamentos anteriores garantindo aos pacientes uma rotina sem grandes mudanças. Nesse trajeto, observo a inserção do medicamento no mercado brasileiro com a venda livre seguindo até o momento em que os primeiros indícios de seu uso para fins abortivos ganham espaço na mídia. Assim, discuto de forma breve a contextualização histórica do período em que a temática das tecnologias reprodutivas ganhava espaço no mundo e no Brasil. Incluindo, entre elas, os debates sobre o aborto.

O capítulo 2, “A pílula brasileira do aborto: o uso do Cytotec como abortivo e a questão farmacêutica”, destina-se a discutir a classificação, dada pelo campo farmacêutico, de utilização *indevido* do misoprostol ao uso dado como abortivo e a disseminação dessa propriedade que se tornou amplamente conhecida no país. O conceito de uso *indevido* dos medicamentos traz consigo a questão do controle farmacêutico do campo, fato este presente na polêmica em torno do Cytotec no Brasil. A mobilização analisada, principalmente através da atuação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM-UFC) nos permite concluir que o “caso misoprostol” configura-se também como a demarcação de uma área que demanda controle e vigilância por parte do Estado. Para construir essa narrativa, iniciei discutindo como as tragédias envolvendo medicamentos, o exemplo clássico é o caso da Talidomida, foram fundamentais para a criação de um campo denominado de farmacovigilância e que, junto com ele, cresceu a demanda por mais controle sobre as substâncias medicamentosas. A partir dessa compreensão, parto para o início das pesquisas em torno do misoprostol a partir da atuação do GPUIM e a conformação do uso do medicamento como abortivo visto como *indevido* e, portanto, ilegal. A pesquisa em volta do misoprostol possibilitou ao GPUIM a consolidação institucional e o reconhecimento da

farmacovigilância como essencial para a segurança da sociedade perante o crescimento da indústria farmacêutica.

Já no capítulo 3 abro espaço para a discussão em torno do risco teratogênico do medicamento. Com o título “Cytotec e o risco teratogênico: discurso científico e medo social”. Aqui foi investigada a construção do discurso que elaborou a imagem de risco e perigo associada ao misoprostol que persiste, vale lembrar, até os dias atuais no imaginário social. Dessa forma, percebi que a produção do conhecimento, assim como no campo farmacêutico, foi fundamental por estabelecer as evidências que apontavam para o risco teratogênico do medicamento. O trabalho realizado, sobretudo pelo SIAT, foi complementado por diversos atores – sujeitos e instituições – citados nesta tese que corroboraram para o estabelecimento do fato científico, ou seja, a conformação do perigo teratogênico do misoprostol que foi aceito e reconhecido enquanto problema social e sanitário.

No capítulo 4, “A clandestinidade do Cytotec: o enquadramento jurídico-sanitário e a condenação das mulheres que abortam”, passo para os momentos finais deste trabalho. Após a disseminação do uso como abortivo e do movimento dos atores que atuaram na construção do conhecimento científico que legitimou, a partir do lugar das falas de autoridade, as intervenções feitas sobre o misoprostol, que irão culminar com o estabelecimento de rígidas regras para a comercialização do produto, primeiramente no estado do Ceará e, depois, em todo o território nacional. Percebemos como o aparato regulatório irá incidir na disponibilidade e no acesso das mulheres ao medicamento. A partir desse momento, percebo a construção da normatização da substância como um processo mergulhado, explicitamente, nos discursos voltados para a saúde pública, ou seja, disciplinar o uso do medicamento significava garantir a segurança das mulheres e evitar uma crise de saúde pública devido ao uso indevido de substâncias farmacêuticas e os riscos associados, além de evitar o perigo teratogênico relacionado ao misoprostol. De forma implícita e escorregadiça, vemos as pautas morais que condenam veementemente a prática do aborto, embora sabendo que esta nunca deixou de existir em nossa sociedade. O viés conservador da sociedade brasileira nunca permitiu que a possibilidade de flexibilização da legislação sobre aborto ou a legalização da prática fosse discutida de forma séria e aprofundada nos espaços decisórios. Saindo dos debates protagonizados pelas “autoridades”, sejam elas da ciência ou de outros campos, o uso do misoprostol como abortivo se fez, e ainda se faz, presente na sociedade brasileira como uma possibilidade mais acessível e segura para as mulheres que buscam interromper gestações. O estabelecimento de um rígido aparato regulatório sobre esta substância buscou,

de forma muito eloquente, impossibilitar o uso “astuto”, como diria Certeau, do medicamento pelas mulheres.

## **CAPÍTULO 1. “DE REVOLUÇÃO DA MEDICINA A VILÃO”: A DESCOBERTA DAS PROSTAGLANDINAS E A CHEGADA DO MISOPROSTOL AO MERCADO FARMACÊUTICO BRASILEIRO**

O medicamento misoprostol, popularmente conhecido pelo seu nome comercial - Cytotec-, é um análogo sintético da prostaglandina E<sub>1</sub>. A descoberta das prostaglandinas foi propagada com muito alvoroço e expectativa pelos cientistas e pela indústria farmacêutica. Acreditava-se que elas teriam grandes utilidades farmacológicas e poderiam criar um “remédio único” para todas as doenças devido ao seu diversificado potencial. Dentro desse grupo variado de prostaglandinas, destacam-se as do grupo E, de onde criou-se o análogo sintético misoprostol. Seguido do mesmo entusiasmo, a novidade chegou ao mercado farmacológico mundial como uma promessa para o tratamento de úlceras pépticas, gástricas ou duodenais, assegurando eficácia e poucos efeitos adversos como nenhum outro medicamento para o mesmo fim. As notícias nos jornais e revistas nacionais comemoravam a disponibilidade do novo fármaco e os ganhos para o setor farmacêutico brasileiro.

Quando me deparei com os primeiros jornais relativos ao Cytotec, o tom das matérias já não era mais de euforia e comemoração. A mídia já denunciava seu uso *indevido* para a prática do aborto ilegal. Diante dessas declarações, veio à cabeça as seguintes questões: como as mulheres “descobriram” o efeito abortivo do medicamento? Como ocorreu essa transformação de um produto destinado ao tratamento de úlceras pépticas para o uso como abortivo? Os primeiros olhares sobre as fontes davam a impressão de uma “surpresa”, um uso improvisado que levou a essa finalidade “por acidente”. A observação mais aprofundada demonstrou que esta dedução não era verdadeira. Desde a descoberta das substâncias denominadas de prostaglandinas, sabia-se do seu efeito uterotônico<sup>14</sup>. Já na década de 1970, muitas revistas científicas, como a Ciência e Cultura, assim como jornais de ampla circulação, divulgavam a grande novidade que a ciência estava estudando e, já nesses primeiros momentos, alertava-se para a ação das prostaglandinas sobre o útero humano como fator positivo e negativo, a depender da situação em que o uso era realizado. Dessa forma, percebe-se que a introdução de um medicamento com potencial abortivo no mercado farmacológico mundial (e brasileiro) não aconteceu de forma “inocente”, como se fez transparecer em algumas situações pela própria mídia ou pelo laboratório responsável pelo medicamento. Considera-se, em certo grau, que médicos e farmacêuticos detêm conhecimentos acerca das

---

<sup>14</sup> Denomina-se uterotônico qualquer fármaco utilizado com a finalidade produzir contrações uterinas.

substâncias que compõem os medicamentos e se atualizam sobre suas aplicações e efeitos e, diante da volumosa quantidade de reportagens a respeito das prostaglandinas na mídia leiga e especializada, conclui-se que o efeito de contração e relaxamento provocado por estas substâncias no útero era de conhecimento senão geral, majoritário, da classe médica e farmacêutica. Em vista disso, a transformação de “uma promessa da medicina” em remédio abortivo não aconteceu de forma inesperada e acidental. Houve, nesse sentido, a utilização do conhecimento médico científico aliado a uma demanda social pelo aborto que resultou nos novos usos do misoprostol. É sobre esse processo de transformação de uma substância aclamada em vilão da sociedade que irei discutir neste capítulo.

### **1.1 Uma revolução no tratamento de úlceras gástricas: o misoprostol chega ao mercado brasileiro**

No período em que as primeiras campanhas publicitárias iniciaram a divulgação do misoprostol no Brasil, em 1986, os compostos químicos denominados de prostaglandinas, dos quais o misoprostol é um análogo sintético, já eram bastante conhecidos de cientistas, pesquisadores e médicos do mundo.

Na década de 1930, os pesquisadores Raphael Kurzrok e Charles C. Lieb, do Departamento de Bioquímica, Farmacologia, Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Columbia, EUA, estavam envolvidos em pesquisas relacionadas à infertilidade humana observando a ação do sêmen no útero humano, e os resultados foram publicados no artigo “Biochemical Studies of Human Semen: The Action of Semen on the Human Uterus”<sup>15</sup>. Entre os achados, os dois pesquisadores identificaram que a reação uterina ao líquido seminal não era idêntica em todas as situações, ocasionando relaxamento ou contração do órgão de acordo com as particularidades dos elementos envolvidos. Diante dos resultados obtidos, os pesquisadores apontaram que alguma substância presente no sêmen causava o efeito de contração ou relaxamento na musculatura uterina, embora não tenha sido possível determiná-la naquele momento. Posteriormente, em 1935, o cientista Ulf von Euler conseguiu, pela primeira vez, isolar a substância responsável pelas contrações e a denominou *prostaglandina* em referência à próstata, órgão que o investigador acreditava ser responsável pela produção da substância. Durante o período de conflitos da Segunda Guerra Mundial, pesquisas em diversas áreas ficaram paralisadas e sem investimentos e assim ocorreu, também, com as

---

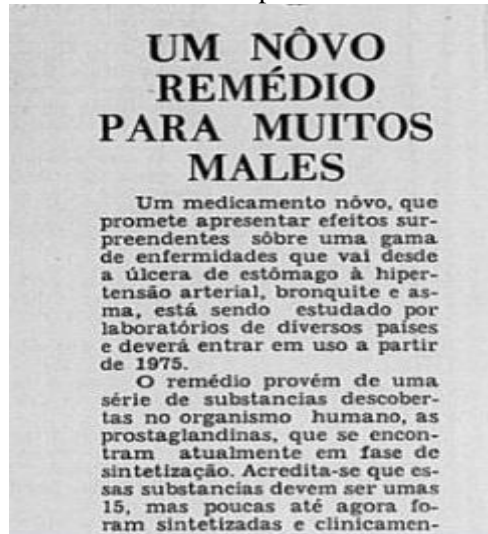
<sup>15</sup> Estudos bioquímicos do sêmen humano: a ação do sêmen no útero humano. [Tradução própria]

pesquisas relacionadas à descoberta das prostaglandinas que ficaram esquecidas até o final do confronto. Passado esse período, já no início da década de 1960, investigadores do Instituto Karolinska, na Suécia, retomaram o interesse por essa substância. Os novos estudos anunciaram que as prostaglandinas possuíam uma infinidade de atividades biológicas e sugeriram que elas teriam um amplo espectro de utilidade terapêutica e farmacológica. Como exemplo, poderiam ser citados a indução do parto, os tratamentos para asma, artrite, úlcera péptica, hipertensão, disfunção plaquetária e até doença periodontal (Collins, 1990: 150). Concluíram, também, ao contrário do que von Euler havia afirmado, que as prostaglandinas não são produzidas pela próstata, mas por vários órgãos, e este fato não ocorre apenas em humanos. Embora sua produção seja bem descentralizada, a quantidade é quase sempre reduzida com exceção do líquido seminal na qual ocorre a maior concentração de prostaglandinas – isso explica sua descoberta ter ocorrido através dele – e, principalmente, da prostaglandina de tipo E, aquela da qual o misoprostol é um análogo sintético. Tais compostos químicos foram corriqueiramente comparados aos hormônios, no entanto, diferenciam-se por serem formados em quase todos os tecidos e não somente em células especializadas, como é o caso dos hormônios (Champe e Harvey, 1996 apud Frizzo, 2002).

Diante do leque de possibilidades que a descoberta das prostaglandinas representava para a medicina daquele período, essa substância ganhou a alcunha de “esteroides” dos anos 1970, remetendo ao sucesso e ao potencial utilitário que os esteroides constituíram para a sociedade quando foram descobertos. Na década de 1930, quando o efeito “rejuvenescedor” e de aumento do desempenho e força dos esteroides se tornaram públicos, a nova substância causou euforia generalizada, sendo sua utilização aplicada em várias áreas, desde os conflitos bélicos aos esportes, até que fosse proibido neste.

Os jornais e revistas brasileiros acompanharam de perto as descobertas científicas em torno das prostaglandinas e compartilharam as notícias veiculadas pela mídia internacional e a participação de médicos e pesquisadores do Brasil em investigações sobre as referidas substâncias.

Imagem 2  
Um novo remédio para muitos males



Fonte: Jornal do Brasil, 02 de junho de 1971.  
Rio de Janeiro, pág. 4  
Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

A matéria acima foi publicada no Jornal do Brasil, em junho de 1971, e apresentava as prostaglandinas como a possibilidade de um “remédio único” para muitas doenças. O texto integral aborda muitos aspectos a respeito das primeiras pesquisas envolvendo as substâncias, inclusive os testes para compreender seu funcionamento. O jornal enfatiza a potencialidade da descoberta,

As experiências constataram que apenas um milionésimo de grama dessas substâncias é suficiente para produzir efeitos no tratamento de doenças nervosas, enfermidades cardíacas, diabetes e esterilidade masculina. **Mas todos os resultados até agora observados representam apenas uma pequena parcela da área de ação das prostaglandinas, pois muitas delas ainda são desconhecidas e não foram sintetizadas. Os cientistas estão certos de que as prostaglandinas deverão proporcionar, ainda nesta década, um considerável avanço na área farmacológica** (Jornal do Brasil, 1971:4). Grifos nossos

A matéria explora o potencial apresentado pelas substâncias como uma aposta de cientistas e indústria farmacêutica. A nova substância, produzida em várias partes do corpo, simbolizava um ganho no campo farmacêutico no nível dos seus anteriores, antibióticos e esteroides.

A Gazeta da Farmácia, jornal voltado ao público especializado e específico de farmacêuticos, concedeu grande espaço às prostaglandinas em suas páginas. Na edição de



janeiro de 1975, o jornal publicou uma matéria em duas páginas para a novidade daquele momento. O início da reportagem demonstra o tom de expectativas quanto às substâncias,

Despertando no início apenas uma simples curiosidade científica, as prostaglandinas, importante família de compostos, transformou-se em tempo relativamente curto, em objeto de intensas investigações, **coroadas de resultados surpreendentes, de enorme significado tanto teórico quanto prático** (A Gazeta da Farmácia, 1975: 11). Grifos nossos

Os poderes terapêuticos que as novas substâncias apresentavam foram repetidamente conclamados pela grande imprensa, fosse ela especializada ou não. Isso demonstra o grau de expectativas que as diversas áreas da medicina atribuíram às prostaglandinas. As pesquisas iniciais quanto à presença no sêmen humano foram retomadas apontando, mais uma vez, a maior quantidade de prostaglandinas nesse líquido específico. A relação dessas substâncias com a fertilidade se apresentava pela baixa presença em homens e mulheres inférteis.

Pesquisas mais amplas demonstram que as prostaglandinas que foram inicialmente descobertas **no líquido seminal humano onde a sua concentração é 100 vezes maior do que em quaisquer outros tecidos ou líquidos biológicos**, têm uma relação com a fertilidade, **pois existem provas de que testes feitos com homens senis, apresentaram somente cerca de um terço da concentração da prostaglandina tipo E no esperma**, comparadas com os encontrados em homens ainda férteis (A Gazeta da Farmácia, 1975: 11). Grifos nossos

Essas informações corroboravam com os achados dos cientistas Raphael Kurzrok e Charles C. Lieb sobre a ação do sêmen no útero humano e o papel das prostaglandinas como locomotoras dos espermatozoides, facilitando, assim, a reprodução. A aplicação clínica relacionada à reprodução foi, desde o início, um dos caracteres mais potenciais e explorados das prostaglandinas. Compreendendo, inclusive, o papel que poderiam desempenhar tanto na facilitação do parto normal, quanto do aborto terapêutico. Sendo essas possibilidades também amplamente midiaticizadas.

A Revista Manchete, em agosto de 1972, dedicou 4 páginas de sua edição para a matéria cujo título foi “Prostaglandinas: o mistério do remédio total”.

Imagem 3  
 Prostaglandina: o mistério do remédio total



Fonte: Revista Manchete, 12.08. 1972, págs. 45 e 46.  
 Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional

A matéria apontava as novas substâncias com poder de cura para úlceras gástricas, regulação imediata da pressão arterial, além do caráter antiasmático, indutor de parto e os indícios de sua aplicação como anticoncepcional. A reportagem iniciou apresentando a experiência desenvolvida com a gata Tisha. De acordo com a revista, o dono da gata conversou com seu vizinho, Dr. Karim Sultan, sobre a prenhez indesejada do animal. Na mesma noite, o vizinho cientista levou Tisha ao seu laboratório e injetou uma solução misteriosa. Pouco tempo depois, devolveu o animal ao vizinho sem o embaraço da gestação. A substância aplicada na gata foi uma prostaglandina e, como constatou o pesquisador, a aplicação no período inicial da gravidez induziu ao aborto. Apesar de verificar este acontecimento, o Dr. Sultan não sabia explicar o funcionamento das substâncias. E essa foi a dúvida que incentivou vários pesquisadores a enviarem seus relatórios de pesquisa a um grande laboratório, UpJohn de Michigan nos Estados Unidos. Todos esses pesquisadores estavam envolvidos em testes com prostaglandinas para diferentes tratamentos e a repercussão desses achados movimentava o mercado financeiro que apostava alto nas pesquisas.

Três anos após as experiências de Karim Sultan, sabe-se muito mais sobre as drogas e estima-se que pelo menos 5 mil cientistas em todo o mundo estejam estudando as prostaglandinas. No laboratório UpJohn, maior financiador e parcialmente responsável pela descoberta do medicamento, a atmosfera é de euforia. Os cientistas sentem-se próximos de descobrir um achado tão importante quanto a penicilina. **Há 2 meses, quando a revista Fortune publicou uma grande matéria sobre os progressos das pesquisas com as prostaglandinas, as ações do UpJohn subiram de 88 para 117 dólares. Em Wall Street fala-se em um novo boom da indústria química farmacêutica comparável ao ocorrido com o aparecimento dos antibióticos** (Revista Manchete, 1972: 48). Grifos nossos

Vê-se através do fragmento acima que as apostas ultrapassaram o campo da ciência e impactaram diretamente no mercado financeiro envolvido com a indústria farmacêutica. Mas as pesquisas encontraram também dificuldades que causaram desânimo nos cientistas e quase comprometeram o futuro das prostaglandinas. De acordo com Paul W. Collins (1990), a euforia com relação a elas logo foi dispersada devido aos contratemplos que a manipulação das prostaglandinas naturais apresentou durante os testes científicos, e ao fato de que com o passar do tempo, descobriu-se que elas não surtiam o efeito esperado nas diversas áreas apontadas acima e, somente em duas, mostrou-se potencialmente interessante. No primeiro caso, o problema encontrava-se na instabilidade química das prostaglandinas naturais, na dificuldade de extração desses elementos e em sua pequena durabilidade após a coleta, cerca de 7h a 8h, elementos esses que impossibilitaram o manejo dos cientistas por muito tempo e atrasaram as pesquisas e os resultados. Na matéria da Revista Manchete, acima citada, os repórteres chamaram atenção para este problema. Um dos pesquisadores pioneiros neste ramo, Sune Karl Bergström<sup>16</sup>, encontrou grandes dificuldades em analisar os efeitos das substâncias devido à baixa quantidade produzida nas glândulas, o que implicava grandes esforços para coletar quantidade suficiente para análises maiores. Para solucionar esse problema, os pesquisadores se debruçaram sobre a possibilidade de criar análogos sintéticos que permitissem maior estabilidade. Em segundo lugar, as duas áreas nas quais a utilização das prostaglandinas, de fato, mostrou-se viável e eficaz foram a indução do parto somado a algumas indicações na área da ginecologia e o tratamento de úlceras pépticas no campo da gastroenterologia. Foi, justamente nesse campo, que o desenvolvimento da prostaglandina do tipo E<sub>1</sub> alcançou a ampliação dos estudos e grandes investimentos financeiros para a produção

---

<sup>16</sup> Bioquímico sueco agraciado com o Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1982 por suas pesquisas relacionadas às prostaglandinas.

de um novo tratamento para úlceras pépticas e que teve, como consequência, o lançamento do misoprostol como uma prostaglandina sintética no mercado farmacológico mundial.

Nas décadas de 1970 e 1980, as pesquisas sobre a capacidade de citoproteção gástrica ganharam bastante atenção da indústria farmacêutica e no fato de como as prostaglandinas revolucionariam esse mercado.

O Jornal O Estado de São Paulo, em setembro de 1986, apresentou dados que apontavam a úlcera gastrointestinal como um relevante fator de mortalidade nos Estados Unidos. Diante dessa constatação, o professor Donald Wilson da Universidade Estadual de Nova York se sentia honrado em ter experimentado, pioneiramente, o uso de prostaglandinas para proteger a mucosa gástrica de pacientes em 1969 como tratamento de úlceras. Tratava-se, justamente, da nova aposta do laboratório Searle, a utilização de uma prostaglandina sintética para o tratamento de úlceras pépticas – duodenais e gástricas. O Misoprostol, uma fórmula sintética, trazia benefícios que as substâncias naturais não apresentavam. Era estável, fácil de transportar, manejar e acondicionar; e, o mais importante para os pacientes, surgia como um produto de baixo custo. Anunciando estes benefícios, o médico gastroenterologista, Edward Corboy, informava que entre maio de 1981 e maio de 1986 tratou 162 pacientes doentes com úlceras usando a novidade do mercado - o Cytotec. Destes, conforme ressaltou, 96 estavam curados quanto a sangramento e dor. E continuou, “no estado de Illinois, existe um telefone direto da Searle para os médicos pedirem informações sobre o novo medicamento” (O Estado de São Paulo, 1986:14). O medicamento ainda aguardava aprovação da Food Drug Administration (FDA), mas já era comercializado em países como Alemanha Ocidental, Suíça, Holanda, Canadá, México, Portugal e iniciava, no mês anterior (agosto), sua comercialização no Brasil.

As imagens abaixo são peças publicitárias analisadas no livro “O medicamento como mercadoria simbólica”, de Fernando Lefevre. Ao investigar os medicamentos do ponto de vista social, Lefevre analisa as publicidades veiculadas por planos de saúde, produtos estéticos e laboratórios farmacêuticos que divulgam seus produtos como sinônimo de saúde. Ou seja, em tais campanhas publicitárias, saúde ganha o significado de possuir ou utilizar determinado produto e marca. Pensando em exemplos enfáticos dessa relação, o autor cita o caso da peça publicitária do Cytotec. A propaganda foi veiculada como demonstrado abaixo.

Imagem 4  
Peça publicitária do Cytotec – Parte I

**CYTOTEC**  
misoprostol

O agente antiulceroso similar ao fisiológico.

- Cytotec reduz a secreção ácida.
- Cytotec é citoprotetor: aumenta a resistência da mucosa.
- Cytotec cicatriza a úlcera.

Sem evidência de interação medicamentosa  
Sem evidência de produzir ginecomastia  
Sem evidência de causar confusão mental  
Sem evidência de hepatotoxicidade  
Sem evidência de efeitos carcinogênicos, mutagênicos ou teratogênicos.  
Perfil favorável de efeitos colaterais. (Ver pág. 8)

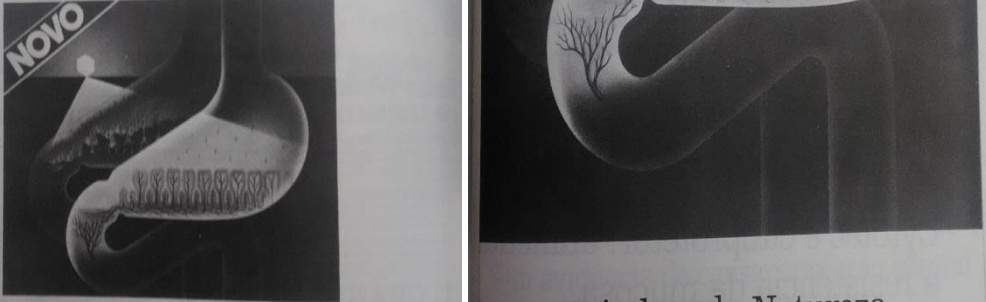
Fonte: Livro “O Medicamento como mercadoria simbólica”.  
p. 6 e 7, 1991.

Imagem 5  
Peça publicitária do Cytotec – Parte II

O desequilíbrio desses fatores pode levar à doença péptica ulcerosa.

A forma eficaz de se tratar a doença péptica ulcerosa é restaurar os níveis das prostaglandinas.

*propriedade comprovada das prostaglandinas.*



**NOVO**

**NOVO**

Criado pela Natureza,  
aperfeiçoado pela  
pesquisa Searle.

CC1=C(C(=O)O)C2=C(C1)C(=O)C=C(C2)O

Misoprostol é um análogo da prostaglandina E<sub>1</sub> que reduz a secreção ácida e, ao mesmo tempo, exerce poderosa atividade citoprotetora no trato gastroduodenal.

Fonte: Livro “O Medicamento como mercadoria simbólica”  
p. 8 e 9, 1991.

O tema central da propaganda consistiu em comparar o natural (as prostaglandinas produzidas fisiologicamente, como citado no texto publicitário) e sua prótese química, como se refere o autor. A saúde, sob o ponto de vista empregado pelo laboratório, é não ter úlcera. Eis, portanto, o misoprostol como um bem de consumo capaz de propiciar saúde, pois propicia uma vida sem úlcera. A prótese química é, ressalta-se, uma condição aperfeiçoada daquilo que a natureza produziu. Para o autor, as imagens representam:

Um jogo de contrastes visuais, no que se refere aos pares de estômagos/duodenos, entre “velho/novo”, “claro/escuro”, “alegre/triste”, “regular/irregular”, “doente/sadio”, que estão presentes para subsidiar e corroborar visualmente a oposição: “criado (pela natureza) e aperfeiçoado (pela Searle)” (Lefevre, 1991: 62).

O melhoramento da natureza e da saúde que somente a indústria farmacêutica seria capaz de proporcionar é reiterado na publicidade para convencer o consumidor das vantagens que o medicamento possui. No caso do misoprostol, diante do grandioso investimento financeiro que colocou o medicamento como uma das maiores novidades farmacológicas dos anos 1980, fazia-se, nesse sentido, necessário evidenciar tal maravilha da medicina. As matérias de jornais e revistas analisadas acima demonstraram o quanto a indústria farmacêutica apostou nas inovações que as prostaglandinas poderiam trazer para o mercado farmacêutico. Quando o misoprostol foi finalmente lançado, um grande montante foi empregado nas campanhas de divulgação dessa nova substância a fim de convencer, primeiramente, os médicos do campo gastroenterológico a abandonar os medicamentos antigos e conhecer os benefícios do Cytotec.

O Jornal O Estado de São Paulo, no dia 14 de setembro de 1986, noticiou o encerramento do Congresso Mundial de Gastroenterologia sediado em São Paulo. Uma das grandes novidades apresentadas ao público de quase 10 mil médicos participantes foi o lançamento do Cytotec.

Para lançar o Cytotec que também pode ser usado preventivamente, o diretor de Desenvolvimento de Mercado da Searle, Mário Luiz Grieco, que foi apelidado pelas recepcionistas de “Sílvia Santos” por causa da sua risada, disse que **foram gastos só durante o Congresso cerca de U\$ 2 milhões. Foi trazido dos Estados Unidos em avião fretado, um estômago gigante de 20 metros quadrados fabricado em plástico que explicava num audiovisual, em vários idiomas, as qualidades do remédio revolucionário e que já está à venda por Cz\$221,00** (Jornal O Estado de São Paulo, 1986: 36). Grifos nossos

Durante o lançamento do produto no Congresso de Gastroenterologia, as qualidades do remédio “revolucionário” para o tratamento das úlceras pépticas foram ressaltadas para gerar o interesse dos médicos no novo fármaco. O que fazia o Cytotec tão diferente dos demais medicamentos destinados ao mesmo tipo de tratamento? Os especialistas respondiam que ele permitia que o paciente mantivesse seus hábitos, pois não exigia mudanças na dieta alimentar e nem no estilo de vida.

O medicamento, que já circulava no Brasil desde 1986, só foi aprovado pela FDA nos Estados Unidos em 1988, e este acontecimento foi noticiado pela mídia brasileira como sinônimo de desconfiança de que os cidadãos brasileiros estivessem sendo usados como cobaias para os testes do novo medicamento visto que nem no país de origem tal fármaco ainda não tinha sido liberado. No mesmo jornal, em dezembro de 1988, foi informado que o



governo norte-americano aprovou a comercialização do medicamento que poderia salvar a vida de 20 mil pessoas por ano, além de evitar muitos custos hospitalares e incômodos para mais de 200 mil pessoas no país. Isso porque ele reduzia em até 94% a formação de úlceras gástricas em pacientes que fazem uso continuado de medicamentos, a dizer, a aspirina. O misoprostol apresentava a vantagem de evitar a formação da úlcera sem gerar novos problemas, pois,

Remédios que combatem a dor e inflamações agem em geral neutralizando a prostaglandina. O problema é que essa substância protege naturalmente o estômago da formação de úlceras. **O misoprostol, semelhante a esse hormônio natural, refaz essa proteção evitando que a úlcera perfure, o que causa até 20 mil mortes por ano nos EUA** (Jornal O Estado de São Paulo, 1988: 13). Grifos nossos

A relação entre o uso de medicamentos anti-inflamatórios como causadores de úlceras gástricas e a relevância do misoprostol como solução do problema foi bastante empregada nas discussões acerca do medicamento. De acordo com os médicos consultados, os pacientes não podiam deixar de utilizar seus medicamentos, mas esses tinham como consequência a formação de úlceras graves e que deixavam os doentes sem saída. O surgimento do misoprostol no mercado respondia, dessa forma, aos anseios de médicos e pacientes.

Essa efervescência em torno da novidade da indústria farmacêutica ganhou grande destaque na edição da Revista Veja de agosto de 1986. Em duas páginas inteiras, a matéria “Um golpe na úlcera: chega ao país um remédio capaz de combater com sucesso o mal que afeta milhões de brasileiros” aclamava os méritos do novo medicamento.

**Um remédio que demorou quinze anos para ser sintetizado, consumiu 112 milhões de dólares em pesquisas e investimentos industriais e resultou do trabalho de centenas de cientistas, quatro dos quais agraciados com o Prêmio Nobel, chega nesta semana às prateleiras das farmácias de todo o país.** Trata-se do Cytotec, produzido pelo laboratório Searle e considerado a última palavra da medicina em matéria de tratamento das úlceras duodenais e estomacais – uma doença que afeta entre 10 milhões e 15 milhões de brasileiros. A ingestão de quatro comprimidos por dia tem o poder de curar a úlcera em 85% dos casos no máximo em oito semanas, com uma vantagem adicional que nenhuma outra droga havia oferecido: **o doente se restabelece até sem fazer dieta e, teoricamente, pode continuar a tomar café e beber moderadamente durante o tratamento.** Além disso, o Cytotec é praticamente isento de efeitos colaterais (Revista Veja, 1986:72). Grifos nossos



A reportagem destaca o investimento científico e financeiro em torno do medicamento, que aparece como resultado de muitos anos de pesquisa e, por tanto esforço, levou os pesquisadores ao tão sonhado prêmio Nobel por seus trabalhos. A notoriedade do Cytotec estava, sobretudo, na comodidade que concedia aos pacientes por permitir viver uma vida sem restrições e grandes mudanças de rotina. A tecnologia investida nessa pesquisa trouxe como resultado uma substância muito mais avançada do que todas as outras disponíveis no mercado.

Ao comentar o papel das prostaglandinas no desenvolvimento da medicina, o médico Eduardo Rabello, vice-presidente do Laboratório Searle e bioquímico pela Universidade do Texas, esclareceu que,

[...] Em quantidades diminutas, elas afetam praticamente todas as funções biológicas.” Assim, as prostaglandinas se envolvem em processos tão diversos como uma inflamação, um enfarte, um câncer, uma gestação e até uma simples dor de cabeça. São substâncias que agem num sistema de equilíbrio no organismo. Algumas contribuem, por exemplo, para baixar a pressão sanguínea, enquanto outras a aumentam. Ora provocam contrações nos tecidos, ora ajudam a relaxá-los. “As prostaglandinas são como luzes para a medicina moderna” (Revista Veja, 1986:72).

Explicando a relação entre aspirina – úlceras – prostaglandinas, a reportagem esclarece que a utilização contínua de aspirina impede a formação de prostaglandinas, ou seja, impossibilita a formação dos compostos que irão revestir e proteger o estômago de agressões. Por esse motivo, as prostaglandinas aparecem como principais aliadas no tratamento de úlceras. O uso de prostaglandinas sintéticas, especificamente o misoprostol, correspondia a suprir a ineficiência da produção biológica devido ao bloqueio causado pelas aspirinas. Como dito na propaganda do medicamento e analisado por Lefevre, o marketing publicitário em torno do Cytotec vendeu a imagem de um produto melhor que a própria natureza, um produto que foi aperfeiçoado pelo laboratório e elevou seus níveis de eficiência e eficácia. Um item farmacêutico seria, portanto, responsável por sanar as limitações fisiológicas do corpo humano e prepará-lo para um melhor desempenho na vida cotidiana.

Apontando as conveniências do novo medicamento, médicos gastroenterologistas faziam grandes elogios ao produto, colocando-o como solução para um problema tão antigo que trazia sofrimento a muitos pacientes. Segundo o médico Agostinho Bettarelo, professor da Universidade de São Paulo, o Cytotec se mostrava “revolucionário” porque

[...] cobre duas frentes, ou seja, inibe a secreção ácida e ao mesmo tempo fornece doses adicionais de prostaglandina quando o paciente apresenta níveis normais de ácido no estômago, mas desenvolveu úlcera porque estava submetido a outros tipos de agressão, orgânica ou psicológica. “A prostaglandina tem uma ação que chamamos de citoprotetora, ou melhor, ela também protege a mucosa do estômago e do duodeno” (Revista Veja, 1986: 73).

O laboratório Searle informou, de acordo com os dados apresentados pela equipe de reportagem, o fornecimento de Cytotec a 800 gastroenterologistas do país para tratamentos experimentais de ulcerosos. Segundo estes, cerca de 500 pacientes já teriam sido medicados com a droga, com um índice de cura total de 85%. “Nenhuma outra droga obterá um resultado desse”, avalia Rabello (Idem, p. 73).

Até este momento, tratei aqui da descoberta das prostaglandinas e da transformação da mesma em uma grande expectativa e fascínio da medicina, festejada pela comunidade médica e cortejada pela indústria farmacêutica que via nessa inovação grandes possibilidades farmacológicas, ou seja, rentabilidade e grandes lucros. No entanto, embora a ação de contração e relaxamento do útero tenha sido identificada e divulgada desde as primeiras notícias sobre as novas substâncias, esse aspecto não tinha sido problemático, até então. Mudanças irão ocorrer na forma de tratar as novas substâncias e, principalmente, o medicamento “revolucionário” oriundo delas. Eis, como designado pelo título do capítulo, que a revolução da medicina se transforma no “vilão social”.

## **1.2 Das úlceras ao aborto: a transformação dos usos dados ao Cytotec e sua recepção na imprensa**

Analisar a trajetória do Cytotec no Brasil, desde o início de sua comercialização até a imposição de medidas proibitivas que disciplinaram seu uso no país, demonstra que as abordagens dadas às substâncias se modificam de acordo com os aspectos sociais em jogo. Sabidamente, desde o início das pesquisas com essas substâncias, reconhecia-se a sua ação de contração e relaxamento do útero podendo, dessa forma, facilitar a prática do aborto. E, se inclusive, testes iniciais com animais demonstrassem que a substância promovia a expulsão do conteúdo gestacional, assim como experimentações em mulheres grávidas para auxiliar no trabalho de parto apresentarem sucesso para tal prática, não haveria surpresa, portanto, na inclinação do uso deste medicamento para finalidades diferentes daquelas para as quais ele foi criado originalmente. Diante dessas constatações, qual o motivo do espanto e alvoroço

relacionados ao Cytotec e a expansão do seu uso devido à sua propriedade abortiva? Mudou-se, é perceptível, a finalidade e, principalmente, “quem” estava à frente desse uso. Inicialmente, tinha-se médicos e cientistas apostando na descoberta das prostaglandinas e em todas as vantagens que as propriedades encontradas nelas teriam para o campo da medicina, sendo esses os detentores do saber e do uso das substâncias milagrosas. Após a introdução do medicamento no cotidiano social, temos a “brincolagem” astuciosa, nas palavras de Michel de Certeau (2014), feita pelas mulheres para acessar uma prática condenada no âmbito jurídico e social: o aborto.

Após toda a euforia da descoberta das prostaglandinas e da inserção do Cytotec no mercado farmacológico mundial, analiso os primeiros usos no campo ginecológico obstétrico realizados por médicos e cientistas brasileiros, que passam, a partir daí, a bradar sobre a importância do medicamento para o campo, diante das melhorias que trazia para a área reprodutiva.

Como a busca pela origem, pela primeira menção a algo ou alguém, é já um fato superado pela historiografia<sup>17</sup>, não busquei aqui identificar qual o primeiro trabalho acerca do uso do misoprostol no campo ginecológico obstétrico brasileiro. Busquei, todavia, analisar publicações que se tornaram representativas do assunto abordado, que foram citadas e reafirmadas por pesquisadores em momentos posteriores demonstrando, assim, sua validade para os grupos interessados. De acordo com a pesquisa de fontes realizada para esta tese, entre os primeiros artigos de autores brasileiros sobre a utilização do misoprostol para finalidades obstétricas identificamos os trabalhos que foram publicados nos anos de 1987 e 1988, ambos na Revista Paulista de Medicina. Os dois foram resultados de pesquisas coordenadas pelo médico obstetra Corintio Mariani Neto com a participação de residentes do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros em São Paulo. Destaco esses escritos pois, no exame das outras fontes que compõem este trabalho, os resultados apresentados nesses artigos são reiterados como importantes apreciações para o campo.

Os trabalhos tratavam, portanto, sobre a problemática da morte fetal intrauterina diante da angústia e riscos de saúde aos quais as mulheres gestantes eram submetidas, assim como os métodos conhecidos para a expulsão do feto morto nessas situações, visto que a maioria deles não apresentava eficácia plena e segurança para as pacientes.

---

<sup>17</sup> Marc Bloch, em *Apologia da História ou o ofício do historiador*, discute a desnecessária obsessão que durante muito tempo se cultivou no campo da história pela origem dos fatos e das coisas. Aliás, confundindo-se história como a busca do passado mais remoto. A origem não é suficiente para explicar fatos ou situações no tempo presente. Crítica, dessa forma, o mito das origens (Bloch, 2001: pp. 56-60).

No primeiro deles, *Uso do misoprostol para indução do parto com feto morto*<sup>18</sup>, publicado na edição de novembro/dezembro de 1987, ou seja, um pouco mais de um ano após o início da comercialização do Cytotec no Brasil, os pesquisadores relataram o uso do misoprostol por via oral em 20 casos de óbito intrauterino. Para os médicos especialistas na área, a angústia materna ao tomar conhecimento da morte do feto ainda no útero e a necessidade de apresentar uma solução rápida e eficaz para a situação, evidenciava a relevância de buscar novas possibilidades. É diante dessa procura que médicos e pesquisadores apresentaram a utilização do misoprostol como um ganho no campo obstétrico. De acordo com a observação feita pelos autores, que atuavam em importantes maternidades de São Paulo, a utilização do medicamento apresentou como resultado a expulsão do feto em 100% dos casos investigados. Os efeitos colaterais observados foram vômito, diarreia, hipertermia e discreta elevação da pressão arterial em pacientes anteriormente classificadas como hipertensas. Para os autores do trabalho, os achados demonstravam a eficácia do misoprostol para a indução do parto com feto morto, além de manifestar efeitos colaterais reduzidos justificando, dessa forma, a adesão ao novo método, visto que eliminava os riscos fatais observados em outros recursos e propiciava rapidez que cooperava, dessa forma, para minimizar o sofrimento das mulheres atendidas nas emergências hospitalares. O misoprostol era um composto mais acessível aos hospitais e médicos, visto que seu custo era reduzido e de fácil armazenamento. Conclamava-se, portanto, que outros especialistas buscassem utilizar o método e apresentar seus resultados. Para finalizar as observações a respeito desse trabalho, apresento na tabela abaixo os dados que os autores compilaram no artigo.

Tabela 1  
Dados clínicos e resultados do artigo de 1987

Resumo dos dados clínicos e resultados						
Caso	Idade	Paridade	Idade Gestacional (sem)	Tempo de óbito (dias)	Tempo de resolução (h: min)	Adição de ocitocina
1	24	1	36	?	6:20	-
2	30	3	28	3	33:30	+
3	22	0	30	22	11:05	-
4	20	0	29	10	1:20	-

<sup>18</sup> Autoria: Corintio Mariani Neto, Edson José Leão, Elizabeth Maria de Castro Paes Barreto, Greyc Kenj, Marcia Maria Auxiliadora de Aquino, Valéria Holmo Batista Tuffi.

5	36	2	22	8	14:22	+
6	32	0	23	13	8:05	-
7	35	7	24	7	7:40	-
8	37	8	20	1	5:35	-
9	19	0	29	?	9:10	-
10	25	2	27	5	13:50	-
11	37	11	20	7	6:30	-
12	23	1	41	31	6:50	-
13	34	5	22	6	11:50	-
14	27	2	29	?	8:15	-
15	40	6	21	?	8:00	-
16	22	0	28	?	13:10	-
17	25	0	26	15	5:20	-
18	37	2	28	4	3:00	-
19	28	4	25	17	5:30	-
20	30	1	19	7	6:45	-

Fonte: Uso do misoprostol para indução do parto com feto morto.  
Revista Paulista de Medicina, 1987: 326.

Os dados apresentados acima são reveladores quanto a informações importantes para análise de questões reprodutivas no Brasil. Vê-se que a grande maioria das mulheres atendidas possuem até 30 anos de idade e, grande parte delas, já passaram por mais de duas gestações. A consideração sobre estes dados não pode ser desassociada do contexto na qual ela ocorre, durante os anos 1980. Embora a pílula anticoncepcional já estivesse no mercado e outros métodos contraceptivos fossem utilizados, faz-se necessário considerar o acesso das mulheres a esses métodos, assim como a atmosfera social e moral que implicava o uso destes. Os outros dois elementos interessantes nessa tabela referem-se à quantidade de dias que as mulheres já sofriam com o óbito do feto e o tempo de resolução após a administração do misoprostol. São mulheres que procuravam o atendimento hospitalar já decorridos muitos dias do óbito fetal, talvez por desconhecimento do ocorrido ou por dificuldades de acessar tais serviços de saúde. Após a entrada no atendimento da maternidade e aplicação do misoprostol, os dados indicam que a expulsão completa ocorreu em curto espaço de tempo. Nas situações

mais problemáticas, apenas dois casos, a adição de ocitocina aconteceu para auxiliar o efeito do misoprostol. Diante do exposto, a eficácia do medicamento era atestada pelos médicos e pesquisadores que assinaram o trabalho. Validavam, assim, o novo fármaco como importante substância para auxiliar nos procedimentos do campo obstétrico e ginecológico.

O segundo artigo, *Padrão tocográfico desencadeado pelo misoprostol*<sup>19</sup>, foi publicado na edição de julho/agosto de 1988. Percebe-se, dessa maneira, que no intervalo inferior a 1 ano, dois artigos de temática semelhante ganharam espaço na revista. Isso indica que a questão se mostrava pertinente para os grupos interessados nas investigações, os pares acadêmicos-profissionais. O estudo se apresentou como uma continuação da publicação anterior. Ao confirmar a eficácia para a finalidade de indução do parto com feto morto, os autores buscaram estabelecer o padrão tocográfico, ou seja, o padrão de contrações uterinas estimulado pelo uso do misoprostol. O estudo observou a administração do misoprostol em 15 pacientes divididas em 3 grupos. A administração do misoprostol foi feita em doses ou vias (oral e vaginal) diferentes em cada grupo. Dessa forma, pretendeu-se mensurar a ação da substância de acordo com o esquema aplicado no grupo. De acordo com os índices encontrados pelos pesquisadores, o útero humano respondia ao estímulo provocado pelo misoprostol entre 10 minutos e 2 horas após a aplicação. Para os autores, tal achado demonstrava que a resposta uterina era bastante imprevisível, pois o intervalo de início das contrações era bem diferente (Mariani Neto; Delbin e Val Junior, 1988: 207).

Tabela 2  
Resultados apresentados pelo artigo de 1988

Dinâmica uterina desencadeada pelo misoprostol em três grupos			
	Grupo 1 (400mcg VO 4/4h)	Grupo 2 (200mcg VO 4/4h)	Grupo 3 (200mcg VV)
Quantidade de pacientes	5	5	5
Tempo de início das contrações uterinas (minutos)	30-90'	10-120'	80-390'

Fonte: Padrão tocográfico desencadeado pelo misoprostol.  
Revista Paulista de Medicina, 1988: 206.

<sup>19</sup> Autoria: Corintio Mariani Neto, Ana Lúcia Delbin, Rubens do Val Junior.

Embora os resultados tenham impressionado os pesquisadores, observa-se no segundo artigo uma maior preocupação com a possível aplicação do misoprostol em situação de indução do parto com feto vivo. Nas palavras dos autores, “o sucesso com a metodologia em várias induções com feto morto não exclui a possibilidade de resultados desastrosos, caso o conceito esteja vivo” (Mariani Neto; Delbin e Val Junior, 1988: 207). A intencionalidade de utilizar o misoprostol para indução do parto com feto vivo não era, para os artigos vistos aqui, uma possibilidade. O motivo se dá pelo de que os autores temiam pelos resultados que a estimulação das contrações uterinas poderia causar. No entanto, esse tipo de investigação já tinha sido testado por outros cientistas que apontaram bons desfechos. Os trabalhos indicavam a possibilidade das prostaglandinas – e, neste caso, o misoprostol – substituir o uso da ocitocina<sup>20</sup> para indução do parto de forma mais ágil e segura ou, em algumas situações mais complexas, auxiliar esta substância na função de facilitadora do trabalho de parto.

No jornal O Fluminense, a edição de janeiro de 1977, a chamada da coluna declarava “Hormônio faz parto mais rápido”. A notícia começava com o seguinte questionamento “Será que existe no corpo humano algum mecanismo comparável ao bico de pássaro, que força a casca do ovo quando está na hora de nascer?” (O Fluminense, 1977: 8) e a resposta estava, de acordo com a notícia, nas prostaglandinas. Conforme o jornal, as pesquisas em curso buscavam garantir a segurança da criança, isso porque o uso da substância tinha como objetivo auxiliar no trabalho de parto sem causar danos aos bebês. O pesquisador italiano Salvatore di Parma afirmava,

É necessário ter certeza de não estar provocando o mínimo dano na criança, não só durante o nascimento, mas também em sua vida futura. Pois, o objetivo principal não é tornar o parto mais rápido, mas criar condições para favorecê-lo, para torná-lo mais natural possível. **E a ação das prostaglandinas revelou-se muito próxima do que acontece fisiologicamente em condições normais** (O Fluminense, 1977: 8) Grifos nossos.

Assim, vê-se que a utilização das prostaglandinas para preparar e conduzir o parto de maneira “natural” era uma intenção dos pesquisadores que estudavam suas potencialidades. Mais uma vez vemos repetida aqui o uso do análogo sintético como o melhoramento da ação

---

<sup>20</sup> Conforme Marina Nucci, Andreza Nakano e Luiz Antonio Teixeira, “A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite. Como veremos ao longo deste artigo, ela foi sintetizada no início da década de 1950, e sua versão sintética e industrial passou a ser utilizada em obstetrícia para induzir e acelerar o trabalho de parto” (Nucci, M.; Nakano, A.; Teixeira, Luiz Antonio., 2018: 980).

de substâncias naturais do corpo humano. Porém, não só na facilitação do parto os cientistas apostavam nos poderes das prostaglandinas, mas também no controle da natalidade, ou seja, nas prostaglandinas como métodos anticoncepcionais.

Já no início dos anos 1970, falava-se das prostaglandinas como uma revolução também para o campo reprodutivo. No jornal Correio da Manhã, a página de capa da edição do dia 14 de março de 1970 apresentou uma chamada bem inquietante, “Em breve, um novo jeito de evitar” (Correio da Manhã, 1970: 1). Tratava-se de temática de interesse das mulheres, pois “as mulheres, dentro em breve, já não precisarão tomar pílula todo dia se quiserem evitar filhos” (Idem), o isolamento da prostaglandina revelava uma propriedade capaz de atuar por vários meses impedindo a gravidez.

De acordo com o jornal, a revista Lancet havia publicado em número recente que dois pesquisadores estudavam o uso da prostaglandina isolada como método anticoncepcional. Para os pesquisadores, o novo método oferecia a melhor vantagem de todas: não precisar tomar a pílula todos os dias, pois,

Em vez de um comprimido diário, uma “lavagem uterina” que tem efeito anticoncepcional por vários meses. [...] A Revista Lancet descreve o processo como “o método ideal para regular a natalidade” (Correio da Manhã, 1970:13).

Para esses pesquisadores, a lavagem uterina com prostaglandina poderia ser a solução para o problema das vozes que se levantavam contra a pílula. É bom lembrar que, embora já consolidada no cenário internacional e presente no país, a pílula anticoncepcional ainda era, nos anos 1970, uma “novidade” da qual as mulheres estavam se apropriando. Entra, também nesse sentido, a resistência social e moral que afastou, ou pelo menos dificultou, o acesso feminino a este tipo de método anticoncepcional. Sendo assim, o cenário em que uma “lavagem uterina” se apresentava como substituta à pílula se deparava também com o desconhecimento acerca desses métodos e a resistência que alguns setores poderiam esboçar. Principalmente se essa “lavagem uterina” pudesse apresentar algum significado próximo ao aborto. Os médicos, dentre eles, brasileiros, viam com reserva a novidade. Isso porque:

A substância prostaglandina provoca contrações musculares. No caso de ser usada no útero, sob forma de lavagem, causaria também contrações uterinas, que levariam ao aborto ou à impossibilidade de fixação do bebê no útero. [...] Qualquer manipulação desse tipo é formalmente proibida pela ética médica. [...] Além disso, toda prática que vise a destruição da vida já em formação é considerada criminosa (Jornal Correio da Manhã, 1970: 13).



A discussão sobre os métodos de controle de natalidade em função de seu enquadramento – anticoncepcional ou abortivo – é uma constante na história das tecnologias reprodutivas. O Dispositivo Intrauterino (DIU) é um grande exemplo sobre como a forma de ação dessas ferramentas pode ser interpretada e mobilizada de diferentes maneiras pelos atores sociais ao defenderem seus posicionamentos.

A inserção de objetos na cavidade uterina para impedir a reprodução é relatada desde a Antiguidade. No entanto, foi sobretudo a partir da década de 1960 que os dispositivos intrauterinos ganharam maior representatividade no campo da anticoncepção. Em reunião realizada na cidade de Nova York, no ano de 1962, o médico Jack Lippes apresentou sua invenção. Tratava-se do dispositivo que possuía uma cauda única filiforme e se tornou, a partir de então, o dispositivo intrauterino mais utilizado nos Estados Unidos e conhecido como Lippes. Durante os anos seguintes, novos modelos de DIU foram surgindo utilizando materiais diversificados.<sup>21</sup>

A difusão da pílula anticoncepcional e do implante de DIU no Brasil correspondeu ao contexto pós-guerra e a ascensão das discussões em torno do controle populacional direcionado aos países classificados como subdesenvolvidos e as populações pobres (Coelho, Lucena e Silva, 2000). Houve também, nesse período, grandes debates em torno da real ação do DIU, sendo caracterizado por alguns grupos como um contraceptivo eficaz e de longa duração e por outros, principalmente ligados à Igreja Católica e movimentos mais conservadores, como método para aborto precoce, ocasionando hemorragias durante longos períodos na mulher. Uma rápida busca realizada nos jornais do período permite observar os posicionamentos contraditórios acerca da utilização desse método como ferramenta para o desenvolvimento do planejamento familiar no país encabeçado, principalmente, pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM. As críticas direcionadas à atuação do órgão no país se refere, entre outras questões, à esterilização forçada em massa das mulheres pobres brasileiras. Diversas foram as denúncias realizadas nesse sentido, inclusive da implantação de DIU sem a autorização das pacientes.

---

<sup>21</sup> Dispositivo intrauterino: de onde viemos e onde chegamos, 11.09.2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/196-dispositivo-intrauterino-de-onde-viemos-e-onde-chegamos>. Acesso realizado em 27.11.2022.

# Imagem 6 A pílula está superada?



**A revista médica britânica "Lancet", em seu último número, lança uma comunicação-homba: a descoberta de um novo método anticoncepcional que desobriga a mulher de tomar diariamente a pílula. Os pesquisadores americanos, Joseph Speidel e R. Ravenholt, afirmam que estudos sobre a "prostaglandina" por fim à polémica sobre a pílula. "É um método ideal para regular a natalidade", dizem, porque sua ação se prolonga por vários meses. Os dois médicos trabalham no Escritório de População dos Estados Unidos e prevêem "profundas repercussões na estratégia de planificação familiar e demográfica". No Brasil, os meios científicos receberam o informe com reserva.**

## A PÍLULA ESTA SUPERADA?

### Na década de 60, muita coisa mudou com o impacto da pílula

Uma nova era começou em 1960, e trouxe mudanças profundas na vida da mulher. A pílula anticoncepcional foi o símbolo dessa revolução. Ela mudou a maneira como as mulheres pensavam sobre a sexualidade e a família. Muitas mulheres começaram a trabalhar fora de casa, a viajar sozinhas e a tomar decisões sobre seus corpos. A pílula não apenas preveniu a gravidez, mas também tornou-se um símbolo de liberdade e autonomia.

Os médicos brasileiros receberam a notícia da nova técnica com sérias reservas. Aparentemente, não se trata de anticoncepcional, mas de um abortivo químico, da mesma forma como o D.I.U. ou serpentina é considerado um abortivo mecânico. A substância denominada prostaglandina provoca contrações musculares. No caso de ser usada no útero, sob forma de lavagem, causaria também contrações uterinas, que levariam ao aborto ou à impossibilidade de fixação do bebê no útero.

Quaisquer manipulações desse tipo é formalmente proibida pela ética médica. Há alguns anos se faziam lavagens uterinas com solução fraca de iodo para evitar filhos. Em pouco tempo ficou provado que essas lavagens provocavam sérias lesões do revestimento interno do útero, sendo um agente cancerígeno em potencial. Além disso, toda prática que vise à destruição da vida já em formação é considerada criminosa.

No caso em questão, a escassez de informações sobre o novo medicamento não permite imaginar quais seriam as consequências de seu uso. Mas uma coisa parece clara: a prostaglandina não age sobre a ovulação como a pílula anticoncepcional, mas sobre o útero.

Os dois cientistas americanos pediram com urgência um estudo sobre as possibilidades do emprego da prostaglandina como anticoncepcional. Na concepção dos doutores Speidel e Ravenholt, a aplicação desse método teria profundas repercussões na estratégia da planificação familiar e demográfica.



Em vez de um comprimido diário, uma "lavagem uterina" que tem efeito anticoncepcional por vários meses. Os inconvenientes da pílula serão maiores ou menores que o novo método? Em termos práticos e econômicos parece ser uma solução.

Agora, que tantas vezes se levantam contra o uso das pílulas anticoncepcionais e que as vendas de contraceptivos baixaram em todo mundo, esperam-se novas soluções para o problema — individual ou coletivo — do controle da natalidade.

O Escritório de População em Washington é uma das entidades interessadas na solução desse problema. Dois de seus pesquisadores, Joseph Speidel e R. Ravenholt acabam de comunicar uma descoberta nesse sentido: uma espécie de lavagem uterina que evitaria a fecundação por vários meses. A revista britânica Lancet descreve o processo, como "o método ideal para regular a natalidade".

O novo método foi descoberto durante estudos sobre as propriedades da "prostaglandina", substância recentemente isolada no ser humano.

Os meios médicos brasileiros receberam a notícia da nova técnica com sérias reservas. Aparentemente, não se trata de anticoncepcional, mas de um abortivo químico, da mesma forma como o D.I.U. ou serpentina é considerado um abortivo mecânico. A substância denominada prostaglandina provoca contrações musculares. No caso de ser usada no útero, sob forma de lavagem, causaria também contrações uterinas, que levariam ao aborto ou à impossibilidade de fixação do bebê no útero.

Quaisquer manipulações desse tipo é formalmente proibida pela ética médica. Há alguns anos se faziam lavagens uterinas com solução fraca de iodo para evitar filhos. Em pouco tempo ficou provado que essas lavagens provocavam sérias lesões do revestimento interno do útero, sendo um agente cancerígeno em potencial. Além disso, toda prática que vise à destruição da vida já em formação é considerada criminosa.

No caso em questão, a escassez de informações sobre o novo medicamento não permite imaginar quais seriam as consequências de seu uso. Mas uma coisa parece clara: a prostaglandina não age sobre a ovulação como a pílula anticoncepcional, mas sobre o útero.

Os dois cientistas americanos pediram com urgência um estudo sobre as possibilidades do emprego da prostaglandina como anticoncepcional. Na concepção dos doutores Speidel e Ravenholt, a aplicação desse método teria profundas repercussões na estratégia da planificação familiar e demográfica.

### Cirurgia traz problemas psicológicos mas segurança é de 100%

Os métodos anticoncepcionais vivem há bastante tempo a espera de um método que seja seguro e eficaz. A cirurgia, embora seja uma opção, traz consigo problemas psicológicos, mas oferece uma segurança de 100%.

Essa opção pode ser indicada por vários motivos: quando o casal não quer mais filhos, quando há problemas de saúde, ou quando a mulher quer evitar a gravidez sem usar a pílula.

Podendo até certo ponto ser considerada como "irreversível", essa técnica também é indicada para mulheres que não querem mais filhos. No entanto, é importante lembrar que a decisão deve ser tomada com cuidado e após uma consulta com um médico.

Fonte: Jornal Correio da Manhã  
14.03.1970, p.13  
Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Em fevereiro de 1971, o mesmo jornal noticiou novamente o impacto das prostaglandinas para o campo dos direitos reprodutivos com a seguinte chamada "Prostaglandina, ela vai revolucionar os anos 1970". O tom da matéria difere do anterior, pois, não se trata mais da perspectiva das prostaglandinas como métodos anticoncepcionais, mas sim como possibilidade de interrupção da gravidez. Vê-se nessa matéria uma nova abordagem sobre as substâncias. Citando todos os métodos disponíveis no mercado, a

reportagem expõe as contraindicações de cada um. Colocando, dessa forma, a nova alternativa como superior a todas as outras, visto não ter grandes efeitos adversos. Assim,

Mas foi sobretudo a descoberta de como as prostaglandinas – substâncias sintetizadas recentemente – se comportavam, **que nos faz pensar que dentro de três anos as mulheres vão dispor de método de controle de natalidade superior aos que conhecemos atualmente.** E, mais importante ainda, caso as regras atrasem, **as próprias mulheres poderão forçar a eliminação do óvulo fecundado, sem intervenção médica, usando – por via oral ou vaginal – estas substâncias que restabelecerão o ciclo normal** (Jornal Correio da Manhã, 1971: 15). Grifos nossos.

A nova roupagem assumida pelas prostaglandinas avança na concepção de qual seria a função dessas substâncias enquanto ferramenta para o controle de natalidade. Elas substituiriam, inclusive, as técnicas cirúrgicas de interrupção da gravidez. O aperfeiçoamento químico das pílulas para impedir a fixação do óvulo fecundado, ou que forçam sua eliminação quando as regras atrasam, já era uma realidade do momento. Na ideia de aperfeiçoamento citada acima, percebe-se o reforço do significado de “melhoramento” que a produção sintética das prostaglandinas representava para a indústria farmacêutica que vendia esse produto “revolucionário” para a sociedade. De acordo com os pesquisadores que apresentaram seus resultados na Academia de Ciências Americana, Karim Kampala e Filshie, “as prostaglandinas seriam o meio ideal de controle de natalidade no futuro” (Idem). Isso porque, segundo eles,

**As prostaglandinas administradas localmente e por injeção** – e em breve, provavelmente, **pela boca** – provocam a expulsão do óvulo fecundado a partir do momento da fecundação e até a 8ª semana de gravidez, sem nenhum efeito secundário (Jornal Correio da Manhã, 1971: 15). Grifos nossos.

Interessante perceber como a discussão sobre as prostaglandinas como método de controle da natalidade pautava-se pela possibilidade dessas substâncias permitirem a expulsão do “óvulo” do momento da concepção até, aproximadamente, dois meses de gravidez. Se, naquele momento, falava-se na página de um importante jornal do Rio de Janeiro, tomando como exemplo o caso do Correio da Manhã, a respeito de um método que prometia “expulsar” o óvulo em uma matéria que ocupou meia página, vê-se que houve, em certo sentido, abertura para o debate sobre essa temática naquele período. No entanto, não sem

oposições. A própria reportagem, nas suas linhas finais, comenta sobre o problema moral que as prostaglandinas representavam.

Toda semana são publicadas notícias importantes sobre o assunto: a terapêutica vive uma guinada fundamental de sua história. E as implicações morais desta descoberta já começam a agitar a ética médica (Jornal Correio da Manhã, 1971: 15).

Embora as descobertas científicas fossem comemoradas pela indústria farmacêutica, o campo conservador e moralista da sociedade não se furtava a opinar nessa área. Isso ocorre, principalmente, quando falamos de temas tão controversos e polêmicos como controle de natalidade, direitos reprodutivos e, ainda mais, sobre métodos de interrupção de gravidez. Nessa seara em que os atores e discursos disputam espaço e poder, nenhuma suposta violação à conduta e aos valores sociais passa despercebida. Assim, se para determinadas finalidades a descoberta e síntese das prostaglandinas foram recebidas e celebradas como grande conquista da medicina, em outras, isso ocorreria com cautela e vigilância. Embora nas primeiras coberturas da imprensa sobre as novas substâncias já se falasse na sua ação de contração sobre o útero, falava-se, sobretudo, da importância dessa aplicação para a indução do parto em casos complexos, assim como para o auxílio nos casos de aborto terapêutico e permitidos por lei. Ou seja, todos os usos validados pelos sujeitos detentores do saber e do poder e dentro das normas impostas social e juridicamente. A possibilidade que um artefato científico pudesse ser apropriado e reapropriado fora das finalidades e objetivos impostos a ele contrariava a ordem estabelecida gerando, dessa forma, vozes opositoras.

No jornal A Tribuna, de outubro de 1978, a carta de uma leitora perguntava sobre as experiências em torno de um método que permitiria às próprias mulheres realizarem a interrupção da gravidez sem sair de casa. O médico responsável pela coluna, F.J.L. Blasingame, da Associação Médica Americana, respondeu ao questionamento.

[...] Em um artigo publicado no Chicago Tribune há alguns meses, os laboratórios Upjohn, em Michigan, desenvolveram uma substância química sintética derivada das prostaglandinas que tem sido usada com êxito em estudos com cobaias para induzir abortos no início da gestação. A substância é colocada num supositório e inserida na vagina. Quando a substância é absorvida faz com que o útero se contraia, **induzindo o fluxo menstrual. Assim, o ovo fertilizado é levado para fora do útero com o fluxo menstrual** (A Tribuna, 1978: 20). Grifos nossos

Embora o título da coluna seja “Aborto químico”, quando o médico Blasingame descreve a ação da prostaglandina, utilizando os termos “induzindo o fluxo”, traz à tona a ideia do “fazer descer a menstruação” que mascara a finalidade abortiva de produtos em uma sociedade, como o Brasil, em que a prática é não apenas ilegal nos termos do código penal, mas também imoral quando se pensa os valores da sociedade. Dizer que um produto “fazia as regras descer” era uma forma costumeira de se falar de mulheres que suspeitavam, ou mesmo sabiam, de uma gravidez indesejada. Assim, utilizando esses termos, essas mulheres furtavam-se a assumir a prática do aborto, por se tratar apenas de um atraso no ciclo menstrual.

Dessa forma, o uso da prostaglandina aparecia não como um método abortivo, mas um artefato eficaz para trazer a menstruação atrasada. E, caso acontecesse, de algum óvulo já ter sido fecundado, esse seria “levado” junto com o sangue menstrual.

\*\*\*

### 1.3 O contexto dos anos 1980 e 1990: o debate sobre aborto, tecnologias reprodutivas e o surgimento do Cytotec nesse cenário

A segunda metade do século XX é muito representativa nos debates em torno dos direitos reprodutivos das mulheres e métodos de controle de natalidade. É nesse período que temos a introdução da pílula anticoncepcional de maneira sistemática em muitos países, inclusive no Brasil. É também nesse período que identificamos que outras possibilidades de controle de natalidade ganham maior atenção social, como demonstra o caso da laqueadura de trompas, sendo este um procedimento definitivo de esterilização feminina que se tornou alvo de uma CPI por denúncias da realização compulsória feita por médicos sem autorização das pacientes. Tais procedimentos aparecem no contexto em que a esterilização das mulheres ocorria como ferramenta para frear o crescimento populacional brasileiro, principalmente entre as classes mais pobres.

Foi no emaranhado dessas discussões que uma descoberta fez reacender a polêmica em torno dos métodos destinados ao controle de natalidade, especificamente referindo-se ao aborto químico, a criação da pílula RU-486. A Mifepristona, conhecida como RU-486 ou pílula francesa, é um composto sintetizado no laboratório Roussel-Claf entre os anos 1949 e 1980. Durante as investigações sobre essa fórmula, descobriu-se sua capacidade de bloquear a progesterona, fundamental para a sobrevivência do óvulo fecundado, impedindo, dessa forma, a implantação do embrião no útero. Os pesquisadores responsáveis pela descoberta passaram então a promover a RU-486 como a nova promessa no campo do controle da reprodução humana, sendo esse um método diferente de todos os anteriores pelas suas potencialidades e possibilidades de uso.

Os anos 80 presenciaram a entrada de um novo protagonista na cena dos debates acerca dos métodos reprodutivos e, principalmente, na grande discussão sobre os métodos abortivos disponíveis e a antiga problemática da legalidade *versus* ilegalidade do aborto.

Em 1984, na cidade de Londres, foi realizado o simpósio “Aborto: progresso médico e implicações sociais”, onde foram discutidas diversas pesquisas e avanços no campo da medicina sobre a questão do aborto. Para David Baird, professor do departamento de ginecologia e obstetrícia da Universidade de Edimburgo no Reino Unido e um dos organizadores, realizar um evento com vistas a discutir os progressos médicos referentes ao aborto e seus impactos na sociedade era relevante, sobretudo, porque mesmo nos países desenvolvidos, os programas de planejamento familiar e os métodos anticoncepcionais não

garantiam uma cobertura de 100% da população. Esse cenário, quando aplicado aos países em desenvolvimento, tornava-se ainda mais preocupante. Assim, conforme explica,

A aplicação bem-sucedida do controle de natalidade, no entanto, tem sido limitada, primeiro pela relativa ineficácia dos métodos atuais de planejamento familiar, mas talvez mais importante por barreiras sociais, religiosas e políticas ao seu uso generalizado (Baird, 1985: 1).

Sabendo dos problemas que as “falhas” dos programas de planejamento familiar e dos métodos anticoncepcionais deixavam na sociedade, e que a consequência imediata seria a busca e o aumento do número de abortos ilegais, o evento teve como objetivo reunir pesquisadores e pesquisas sobre métodos cada vez mais eficientes e seguros para a realização da prática abortiva nessas condições.

Foi, justamente neste encontro, que o médico francês Étienne-Émile Baulieu, especialista em hormônios esteroides e pesquisador do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica – INSERM – da França, apresentou os resultados dos seus trabalhos acerca de uma molécula esteroideal que seria, segundo ele, uma grande revolução para o campo da reprodução humana. Baulieu estava falando sobre a RU-486, um composto antiprogesterona.

A progesterona é um hormônio produzido pelas células do ovário e tem função essencial para o desenvolvimento da gestação. Sendo responsável pela regulação do ciclo menstrual, pela preparação do endométrio (camada interna do útero) para receber o óvulo e por criar condições favoráveis para a sobrevivência do embrião no útero. A progesterona é um dos principais hormônios do aparelho reprodutor feminino.

A fórmula da RU-486 atuaria, conforme as explicações de Baulieu, justamente como antagonista bloqueando os receptores de progesterona sendo, dessa forma, um agente antiprogestágeno. Diante dessa ação, a RU-486, batizada de Mifepristona, exerceria sua função de agente contragestivo. O termo “contragestação” utilizado por Baulieu nos seus vários textos acerca da RU-486 foi considerado pelos críticos do produto como um eufemismo, ou seja, um malabarismo de palavras para tornar mais “suave e agradável” a ação da RU-486 que, para aqueles contrários aos métodos contraceptivos e principalmente abortivos, seria um método para realização de aborto químico precoce. Isso porque a contragestão, nas palavras de Baulieu, era muito mais abrangente que a contracepção. Para o médico, o conceito de “contragestão” (abreviatura de contragestação) era proposto como termo guarda-chuva que alcançava todos os aspectos do controle da fertilidade que se

colocam como opositores ao desenvolvimento do embrião, isto é, métodos que impedissem desde a implantação do embrião até a sua sobrevivência após implantado no útero.

Na comunicação “Contraceção por antiprogéstágeno: uma nova abordagem para o controle da fertilidade humana<sup>22</sup>”, Baulieu discutiu a descoberta da RU-486 e como este novo método poderia revolucionar aquilo que se entendia como métodos de controle da reprodução humana. No primeiro momento, mostrou-se que décadas se passaram para que este produto pudesse ser apresentado, isso porque, segundo o médico, naquele período não havia interesse por parte da indústria farmacêutica e dos laboratórios em pesquisar a ação dos esteroides ou novos métodos contraceptivos considerando os interesses do mercado e a pressão política e religiosa sobre essas temáticas. Diante desse cenário, percebe-se que a pesquisa e a descoberta de novas substâncias não podem ser desligadas do mundo social onde elas acontecem (ou deixam de acontecer),

Demorou anos até que um antagonista da progesterona fosse encontrado. Nem todos os recursos científicos disponíveis foram usados, pois a tendência na maioria das empresas farmacêuticas não era a favor da pesquisa contraceptiva naquela época. Na década de 1970, a moda biofarmacêutica não estava nos esteroides, mesmo em Roussel Uclaf, onde alguns dos melhores químicos de esteroides do mundo trabalhavam (e ainda estão trabalhando). E. Sakiz, como presidente de Roussel Uclaf, e eu, atuando como consultor, insistimos, no entanto, em manter vivo esse potencial. . . e em usá-lo. Havia outras dificuldades também: como em outras empresas, as pessoas da Roussel Uclaf não acreditavam no futuro comercial de um novo método de controle de fecundidade, e meus concidadãos foram influenciados negativamente por sua formação sociológica e/ou religiosa (Baulieu, 1985: 193).

A partir desse relato, percebe-se as implicações sociais e econômicas que envolvem o processo de pesquisa sobre novas substâncias farmacêuticas. Além disso, no caso específico da RU-486, as problemáticas acompanharam-na desde os passos iniciais que levaram ao conhecimento e aplicação das propriedades antiprogesterona até os dias atuais devido à função abortiva para a qual é empregada. Considerando que a resistência ao novo método poderia gerar grandes enfrentamentos, muitos laboratórios preferiam não se envolver em tais disputas.

Ao falar sobre a descoberta, o médico defendia as especificidades do produto que tornavam a pílula RU-486 inovadora. Segundo ele, embora a pílula anticoncepcional

---

<sup>22</sup> “Contraception by antiprogesterin: a new approach to human fertility control” in Medical Progress and Social implications. Ciba Foundation Symposium 115. Pitman: London, 1985.



representasse uma grande revolução para o controle da natalidade, ela possuía ainda alguns inconvenientes, a dizer: a grande carga hormonal imposta ao corpo das mulheres e o fato de as mulheres precisarem tomá-la todos os dias que gerava complicações quando ocorria algum esquecimento. A RU-486 se mostrava inovadora justamente nesses pontos, pois

A antiprogestina RU-486 não expõe as mulheres aos hormônios continuamente. Baseado em um conceito duplo, fisiológico e molecular, pode ser típico da segunda geração de agentes necessários para alcançar o controle seguro e eficaz da fertilidade humana (Baulieu, 1985: 192).

Diante das possibilidades existentes, as pílulas anticoncepcionais oriundas das descobertas de Gregory Pincus e John Rock<sup>23</sup> sobre a inibição da ovulação através do uso de hormônios, embora reconhecido como um grande passo para a libertação feminina e pela mudança na relação entre sexo e reprodução<sup>24</sup>, precisavam ser aperfeiçoadas diante dos avanços da medicina e das novas demandas sociais. Assim, o médico se propunha alcançar um novo método mais seguro, eficiente e menos prejudicial às mulheres através da RU-486.

Entre as funcionalidades que garantiriam à RU-486 a qualidade de inovadora e revolucionária para o campo dos métodos de controle reprodutivo, estavam a possibilidade de atuar, segundo Baulieu, como regulador menstrual, indutor de menstruação pós-coito (podendo ser administrada alguns dias antes da data prevista para a menstruação após a atividade sexual no meio do ciclo) e interrupção da gravidez. Seriam essas, portanto, as especificidades que contemplavam a ação contragestiva da RU-486 como um guarda-chuva

---

<sup>23</sup> “Nos Estados Unidos, na década de 1950, uma coalização que reuniu cientistas, ginecologistas, feministas, filantropos e indústria farmacêutica empreendeu esforços para o desenvolvimento de um contraceptivo hormonal oral e, em 1960, o órgão americano *Food and Drug Administration* (FDA) autorizou a comercialização da primeira marca de pílula anticoncepcional, o *Enovid*®. Apresentada como o primeiro método de controle da fecundidade elaborado com base na fisiologia da reprodução e com garantia de eficácia superior a 90% - maior do que qualquer outro método conhecido até o momento -, a “pílula” foi considerada uma inflexão na história da anticoncepção e, rapidamente, se difundiu pelo mundo, tornando-se um dos principais recursos utilizados pelas mulheres para evitar gravidez”. DIAS et. al, “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?”: Debate na mídia entre 1960-1970. *Revista Estudos Feministas*, v. 26, n.3, 2018, p.2.

<sup>24</sup> A descoberta da pílula anticoncepcional e sua inserção na vida social em vários países, nas décadas de 1960 e 1970, foi significativa para a chamada “Revolução Sexual” que se caracterizou pela mudança nos hábitos culturais em relação ao sexo e para a liberação dos costumes entre a população mais jovem. Para Mary Del Priore, “Entre as décadas de 1960 e 1970 eclode o fruto tão lentamente amadurecido: a chamada “revolução sexual”. Nessa história, novo ato se abre com o desembarque da pílula anticoncepcional no Brasil. Livres da sífilis e ainda longe da Aids, os jovens podiam experimentar de tudo. O *rock and roll*, feito sobre e para adolescentes, introduzia a agenda dos tempos: férias, escola, carros, velocidade e, o mais importante, amor! A batida pesada, a sonoridade e as letras indicavam a rebeldia diante dos valores e da autoridade do mundo adulto. Um desejo sem limite de experimentar a vida hippie, os cabelos compridos se estabeleciam entre nós. As músicas de Bob Dylan, Joan Baez exportavam, mundo afora, a ideia de paz, sexo livre, drogas como libertação da mente e, mais uma vez, amor. Os países onde boa parte da população adotava o protestantismo — Estados Unidos, Inglaterra e Holanda — consolidavam uma desenvoltura erótica antes desconhecida. Tudo isso, somado ainda a transformações econômicas e políticas, ajudou a empurrar algumas barreiras”. Del Priore, Mary. *História do Amor no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 320.

que cobria todos os momentos da concepção. Vale ressaltar aqui as ideias tradicionalmente presentes quando falamos de “regulador menstrual ou de indutor de menstruação”. Como veremos mais a frente, a ação de regular ou “fazer descer” menstruação foram maneiras pelas quais as mulheres, durante muito tempo e até hoje, encontraram para falar dos usos de receitas e substâncias com finalidade abortiva. No entanto, o peso social, moral e religioso que a prática do aborto impôs às mulheres fez surgir essas novas formas de nomear essas práticas. Regular e fazer descer a menstruação seriam práticas aceitáveis dentro do universo social, algo bem distante e diferente do ato de abortar.

A RU-486 era, portanto, essa opção que as mulheres poderiam utilizar não somente antes das relações sexuais como fator de prevenção, mas também, e principalmente, após. Justamente nesse ponto, a sua utilização após o coito, quando já existiria a possibilidade ou certeza de gravidez, fazia com que os adversários desse método acusassem Baulieu de eufemismo ao utilizar o termo contracepção para aplicação da RU-486. A substância não seria, portanto, como um método contraceptivo (também malvisto por uma ala mais conservadora com influência religiosa), mas sim como um método para realização do aborto químico precoce disfarçado através da função de regulação e indução de menstruação.

Baulieu, no entanto, nunca escondeu a função abortiva da RU-486. Em todos os seus escritos sobre a nova molécula, o papel de abortivo eficaz e mais seguro em comparação a outros métodos mais perigosos foi sempre reiterado nas publicações. A RU-486 aparecia no cenário dos métodos de controle de natalidade como uma ferramenta segura e eficiente para a realização do aborto em estágios precoces em relação aos métodos cirúrgicos, por exemplo. O potencial para uso abortivo foi apontado na conferência acima mencionada. Os dados são apresentados através da tabela a seguir.

Conforme demonstrado, a administração da RU-486 sozinha alcançava uma taxa de sucesso por volta de 70%. Se administrada em combinação com uma prostaglandina (ainda não especificada), a taxa de sucesso subia para 100%. No período em que Baulieu lançou seus primeiros resultados, a existência do misoprostol como a prostaglandina, que poderia auxiliar na melhoria dos resultados da RU-486, ainda não tinha sido colocada. Essa combinação será proposta alguns anos depois com o advento do Cytotec no mercado farmacêutico e a divulgação dos seus efeitos de contração da musculatura uterina. Também é necessário observar que, embora o método cirúrgico de aspiração à vácuo garantisse sucesso superior a 95%, ele apresentava os inconvenientes de ser mais invasivo e a necessidade de atendimento hospitalar e assistência médica. A utilização da RU-486 proporcionava mais bem-estar,

conforto e privacidade para as mulheres por não impor a necessidade de atendimento hospitalar para sua administração. Assim, embora o método de aspiração à vácuo garantisse bons resultados, ele poderia ser superado por um método abortivo que se colocasse no âmbito privado das mulheres.

Tabela 3  
Resultados obtidos com 4 métodos para aborto precoce

Tratamento (e tipo)	Taxa de sucesso (%)				Trauma (psi)	Dor uterina/ vômito/náusea/diarreia	Sangramento
	Completo	Incompleto	Falha				
RU486 (Médico)	70	20	10		-	-	+
Prostaglandina (Médico)	90				+ -	++	+ -
Aspiração a vácuo	>95				+	+ -	-
RU486 + prostaglandina (médico)	100	0	0		-	-	+ -

Fonte: EE Baulieu. "Contraception by antiprogestin: a new approach to human fertility control" in Medical Progress and Social implications. Ciba Foundation Symposium 115. Pitman: London, 1985. p. 203.

Informações sobre a tabela:

Os dois métodos médicos - antiprogestina RU-486 e derivados de prostaglandina - são comparados ao método "cirúrgico" de aspiração a vácuo. Vários parâmetros são pontuados: trauma psicológico ('trauma' psy); dor uterina, náuseas, vômitos e diarreia; a importância e a duração do sangramento e a duração geral desses efeitos. A tabela foi construída com os dados retirados de Baulieu (1985); Bygdeman et al (1983); Swahn et al (1985), (Idem, p. 203).

Em outro trabalho, “RU-486 e o início dos anos noventa”<sup>25</sup>, seis anos após o texto anteriormente citado, Baulieu direcionou a apresentação para resultados da aplicação clínica da RU-486 nos serviços de aborto legal para interrupção voluntária de gravidez na França. Ao discutir a introdução da substância no país e debater sobre a legislação em torno ato abortivo, o médico aponta que,

**Na França, todas as interrupções voluntárias da gravidez feitas com RU-486/PG respeitam as obrigações da lei, que foi originalmente concebida para técnicas instrumentais: consulta em um centro registrado, supervisão médica durante a administração de RU-486 e PG e uma visita de acompanhamento.** De fato, desde que a vigilância médica seja estabelecida, o tratamento RU-486/PG não precisa necessariamente ser realizado em um centro médico e, portanto, a privacidade da mulher seria melhor assegurada. No entanto, a supervisão médica continuará sendo necessária para a detecção de gravidez ectópica e para prevenção e tratamento de complicações como hemorragia. Além disso, a lei francesa do aborto impõe um prazo de uma semana para reflexão. Tornar esse período como opcional seria desejável do ponto de vista médico e psicológico (Baulieu, 1991: 346). Grifos nossos.

A utilização da RU-486 na França para realização do aborto foi liberada sendo, contudo, submetida aos mesmos procedimentos de uma interrupção cirúrgica. Embora para o médico fosse vantajoso ter a RU-486 como opção, o fato dela seguir os mesmos processos do abortamento cirúrgico suprimia uma das maiores vantagens da nova substância: a possibilidade de manter a privacidade da mulher. Isto é, a possibilidade de as mulheres terem autonomia para fazer a administração do comprimido sozinhas. Para ele, a assistência médica deveria ser pensada apenas para os casos com complicações.

Ao comparar a situação da França com outros países e, principalmente, com os Estados Unidos, Baulieu ressalta que o clima geral de incerteza quanto ao status legal do aborto (naquele momento) interferia diretamente no interesse dos grandes laboratórios da indústria farmacêutica em solicitar o licenciamento da RU-486 no país. Os laboratórios, segundo ele, não acreditavam no retorno financeiro do produto e, temendo as problemáticas políticas e sociais envolvidas nas propostas acerca do aborto, não investiam nessa área (Baulieu, 1991:347). Considerando o status e poder político representado pelos Estados Unidos, via-se, portanto, como a influência das decisões tomadas ali poderiam persuadir o posicionamento em outros países sobre o fármaco. Esse cenário, no entanto, não era unânime. A pressão cada vez maior dos movimentos organizados pró-aborto fazia com que as vozes das

---

<sup>25</sup> RU486 and the early nineties. *Advances in contraception*, n° 7 (1991). pp. 345-351. Kluwer Academic Publishers: Netherland.

mulheres fossem escutadas pelos representantes políticos. Defendendo a necessidade de avanços e liberdade para as pesquisas no campo da medicina reprodutiva, assim como o direito das mulheres de não ficarem presas às restrições biológicas,

Com RU-486, veremos uso indevido e acidentes. No entanto, em comparação com a atual situação trágica de 150.000 mortes anuais, além de infecção grave, inúmeros traumas e perfurações cervicais e uterinas, um método não cirúrgico pode ser considerado um avanço na resolução de um grande problema de saúde (Baulieu, 1991: 347).

No trecho acima, o médico demonstra consciência de que qualquer método corre o risco de ser utilizado de forma errônea ou irresponsável, no entanto, a situação que a ilegalidade do aborto e a falta de métodos seguros e menos invasivos impõem às mulheres é muito mais cruel e prejudicial ao causar milhares de mortes anualmente em muitos países e, principalmente, nos países subdesenvolvidos. Diante dessa constatação, fazia-se urgente pensar em maneiras que pudessem sanar as necessidades das mulheres e minorar os prejuízos à saúde pública. Ressalta, ainda, a importância de preparar médicos e demais profissionais da saúde, assim como as mulheres, para utilização dos novos métodos de controle reprodutivo de tal forma a prevenir possíveis erros na autoadministração da RU-486.

Existia ainda, segundo Baulieu, outras aplicações clínicas que atestavam a importância da descoberta da RU-486 para além do uso como ferramenta para aborto precoce. Os estudos experimentais em animais demonstravam bons resultados para inibir a maturação folicular, a ovulação e a implantação do óvulo com a vantagem de não conter estrogênio em sua composição. Dessa forma, o médico apontava a própria indústria farmacêutica como responsável por não acontecer avanços na área de contracepção, pois não oferecia incentivos financeiros às pesquisas que buscavam modernizar as ferramentas contraceptivas. Visto que “o problema está em encontrar uma empresa farmacêutica que esteja disposta a gastar dinheiro em testes de segurança e desenvolvimento de uma nova pílula anticoncepcional enquanto várias já existem” (Baulieu, 1991: 348).

Aqui, além do desinteresse social por pressão de grupos conservadores e moralistas em não aprovar a busca de novos métodos contraceptivos, ocorria o desinteresse dos próprios laboratórios farmacêuticos em financiar pesquisas com altos custos financeiros para algo que já existia, embora novas substâncias pudessem oferecer mais conforto para as usuárias do produto. É possível compreender que as empresas farmacêuticas não estavam dispostas a

enfrentar a problemática política e social que uma pílula com potencial abortivo poderia causar.

Neste artigo que discute a importância da descoberta da RU-486 para os anos de 1990, o cientista faz alusão aos indicativos que apontavam para os ganhos que o composto representava no campo da medicina e que, portanto, não poderiam ser desprezados. Finalizou ressaltando,

Além de ser utilizado para o controle da fertilidade humana, a RU-486 pode ajudar no tratamento de várias condições graves. Apesar da controvérsia em torno deste composto, mais pesquisas precisam ser feitas não apenas por razões médicas e humanitárias, mas também para preservação da integridade científica (Baulieu, 1991: 349).

Em outras publicações, Baulieu defendeu a importância científica que a descoberta da RU-486 significou para a medicina reprodutiva naquele momento. Trabalhos como “O esteroide antiprogestina RU-486 e o controle da fertilidade humana” publicado como resultado da participação em uma conferência que uniu pesquisadores de várias áreas em torno das evidências sobre a RU-486 e suas possíveis aplicações médicas, na Itália em 1984, em parceria com o cientista Sheldon J. Segal, da Fundação Rockefeller<sup>26</sup>, e o mais conhecido, “A pílula do aborto: RU-486 e a escolha da mulher”, de 1991, são exemplos da inovação científica que a Mifepristona representava para o campo médico e para a sociedade. Em todos eles, sugeria que mais e mais estudos deveriam ser desenvolvidos para que todas as potencialidades da RU-486 fossem examinadas e colocadas à disposição da sociedade. Fossem elas para o controle da fertilidade ou para o tratamento de doenças.

Não apenas nas publicações do meio científico e médico circularam os debates em torno da RU-486. A mídia aqui analisada, jornais e revistas, abriram grandes espaços para tratar da novidade que chegava ao mercado e trazia à tona os velhos debates em torno da legalidade *versus* ilegalidade do aborto. Logo no início dos anos 1982, a Revista Manchete apresentou a nova promessa de liberdade para as mulheres. A notícia “RU-486, a pílula perfeita” trazia detalhes do novo método contraceptivo, mas também da vida pessoal do próprio criador da nova invenção científica, misturando ciência e coluna social dos famosos. No primeiro parágrafo, “Para as colunas de fofoca, ele é o namorado da Sophia Loren. Mas, no mundo científico, o Dr. Étienne Baulieu é o autor de uma **verdadeira revolução no**

---

<sup>26</sup> Conferência sobre o composto Antiprogestacional RU-486 (Bellagio-Itália, 1984). O esteroide antiprogestativo RU-486 e o controle da fertilidade humana. New York: Plenum Press, 1985.





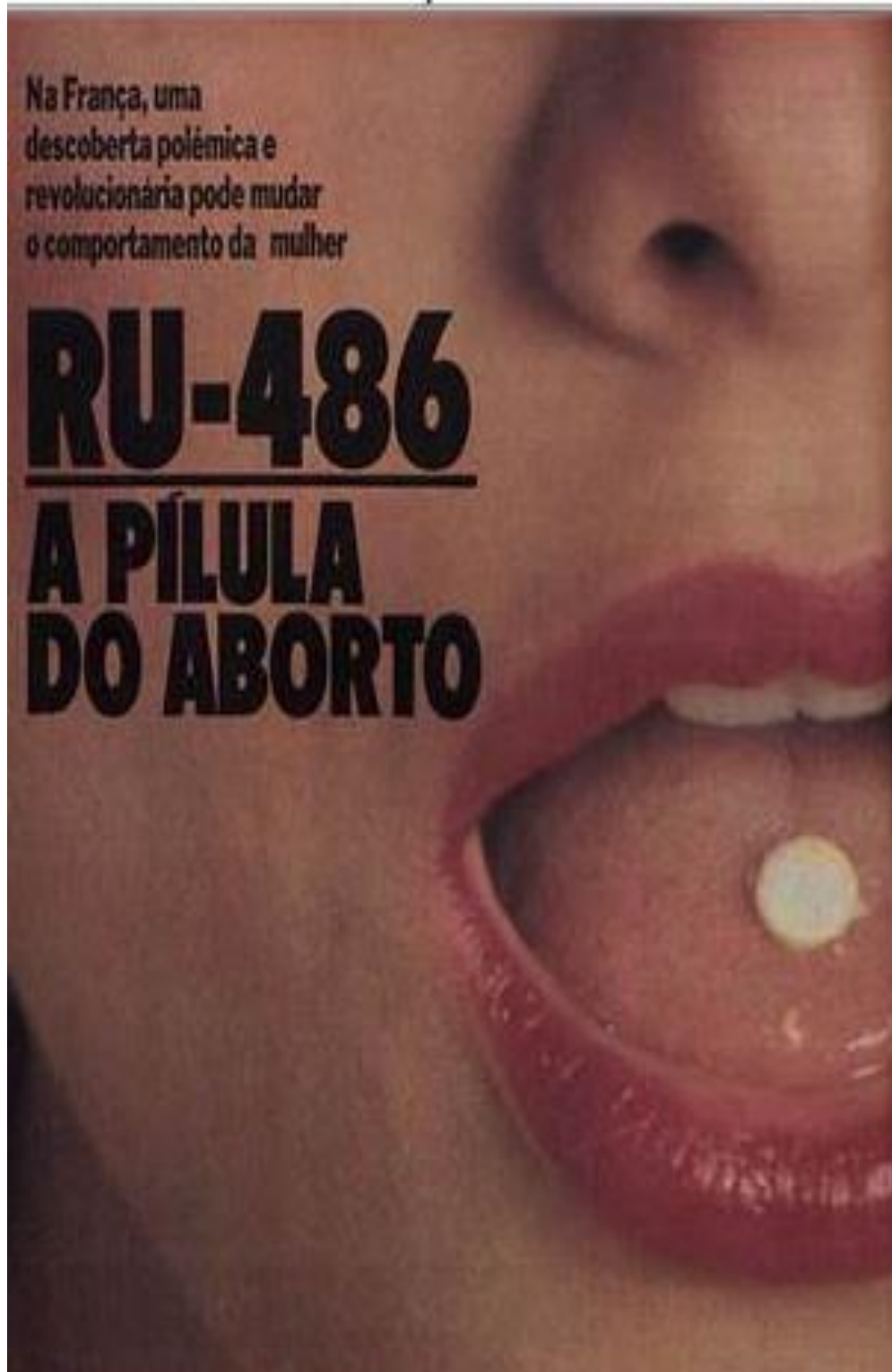
Questionado pela revista do porquê a RU-486 representava uma revolução no campo da contracepção, o médico respondeu que,

[...] pela própria concepção e conhecimentos que presidiram o nascimento de uma e outra. A pílula de Pincus se baseava no conhecimento do mecanismo de bloqueio da ovulação, portanto tributária do mecanismo de ordem biológica. A RU-486, pílula de segunda geração, só foi possível a partir do momento que a biologia molecular conseguiu fazer notáveis progressos. No caso específico da RU-486, com a descoberta dos receptores hormonais que possibilitaram a fabricação em laboratório de moléculas anti-hormonais. Ou seja, enquanto na pílula tradicional se trabalhava sobre um fenômeno orgânico, a nova pílula age através de uma molécula artificial que inibe um determinado ponto do processo de concepção sem alterar ou desregular o conjunto de funções hormonais da mulher. Daí sua segurança e vantagem sobre os outros métodos anticoncepcionais (Manchete, 1982: 56).

Entre as vantagens enumeradas pelo entrevistado, a grande mudança causada pela RU-486 estava no fato de não ser mais necessárias doses diárias que incumbiam a mulher de uma responsabilidade cotidiana. Para ele, a mulher não teria a obrigação de ingerir a pílula todos os meses, apenas no caso em que, sendo ela de ciclo regular, nota-se o atraso de 3 ou 4 dias na menstruação. Nesse caso, a mulher poderia ingerir a pílula para fazer a menstruação “descer”. Embora em suas respostas ficasse claro que a utilização da pílula RU-486 não era apenas contraceptiva, mas também abortiva, tal aspecto não foi mencionado em nenhum momento da entrevista. A noção de “fazer a menstruação descer e regular o ciclo menstrual” foi utilizada diversas vezes de forma a disfarçar o potencial abortivo. No entanto, após algumas edições, a revista trouxe a carta do leitor Dr. Júlio Batschauer, que se colocava contrário a publicação da reportagem “RU-486: a pílula perfeita”. Para ele, “[...] dada a penetração desta revista em todo o país, não deveriam aceitar matérias desse tipo. A tal pílula perfeita antes deveria chamar-se pílula fatal ou mortal” (Manchete, 1982: 49), e continuou apontando que a RU-486 não se tratava de um método anticoncepcional, mas, provocador do aborto.

Em 1985 a mesma revista traz uma nova reportagem sobre a RU-486, mas agora não utilizando o termo anticoncepcional. A matéria “RU-486, a pílula do aborto” descreve a substância de uma maneira inteiramente diferente do visto na reportagem de 1982 na qual Baulieu figurava como conquistador de Hollywood e grande cientista.

Imagem 8  
RU-486: a pílula do aborto



Fonte: Revista Manchete, 1985. Edição 1748. p. 28.  
Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Em tom mais direto, a reportagem descreve a RU-486 como uma pílula abortiva que permite que as mulheres realizem o aborto em casa. Logo na primeira página a matéria apontava:

**O medicamento que faz abortar em casa já existe**, e algumas dezenas de mulheres francesas já utilizaram esse produto batizado de RU-486 que interrompe a gravidez através de aborto espontâneo. **A pílula provoca um aborto com efeitos secundários insignificantes**. A RU-486 não é método anticoncepcional, **mas artifício contra a gravidez não-desejada**. De qualquer forma, **ele revolucionará o conceito de aborto, libertando a mulher do império da pílula** (Manchete, 1985:29). Grifos nossos.

“Um artifício contra uma gravidez não-desejada”, assim a RU-486 é denominada. Já não se tenta mais disfarçar o uso abortivo através dos termos “anticonceptivo e regulador de ciclo”. Tornava-se claro e evidente que a pílula não possuía os mesmos mecanismos que a pílula anticoncepcional tradicional e que, certamente, sua finalidade também era outra.

Imagem 9  
O aborto com a RU-486



Fonte: Revista Manchete, 1985. Edição 1748. p. 31.  
Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Oferecendo várias opções de administração e sendo possível realizar o uso pelas próprias mulheres sem nenhum tipo de auxílio médico, a RU-486 figurava como o método que iria libertar as mulheres dos perigos do aborto ilegal, das intervenções cirúrgicas e do poder médico sobre seus corpos. Assim, “Com ela, a mulher tem a impressão de que está tendo suas regras e não abortando. As moças mostram maior interesse que suas mães” (Manchete, 1985: 32).

Vemos nas notícias apresentadas que a “revolução” para o controle da fertilidade humana, como proferida por Baulieu em seus trabalhos e conferências acadêmicas, repercutiu socialmente. A pílula do aborto, como a RU-486 ficou conhecida, tornou-se uma realidade para as mulheres de muitos países, começando pela França e se difundindo por Estados cujas leis tinham maiores aberturas para a realização do aborto.

É importante lembrar, portanto, que foi no contexto de surgimento da RU-486 que o Misoprostol também foi lançado no mercado farmacêutico mundial. Embora seu potencial abortivo fosse descoberto poucos anos depois do início das vendas, a história do Cytotec vai se entrelaçar com a da RU-486, pois esta será apelidada como a “pílula brasileira do aborto”, dada sua grande difusão no país e seu uso clandestino para a prática do aborto ilegal. Os dois compostos se tornarão a “combinação segura e eficaz” para a realização do aborto de acordo com especialistas e documentos oficiais de órgãos internacionais anos mais tarde.

A importância de citar o surgimento da RU-486 se deu a partir da relação que será estabelecida entre este composto e o Cytotec. Em todos os trabalhos sobre a RU-486, a necessidade de associá-la a uma prostaglandina que complementaria a ação e traria um resultado 100% satisfatório é salientada. Essa prostaglandina, nos primeiros anos, ainda era citada, de forma geral, sem direcionamento para um composto específico que não existia. Apenas após o surgimento do Misoprostol no mercado e os primeiros indícios de seu uso como abortivo, esse medicamento foi sugerido como o complemento perfeito para a ação da RU-486, visto sua estabilidade, fácil armazenamento e baixo custo. Assim, a dupla RU-486 + Misoprostol (Cytotec) se tornou a combinação eficaz e segura para a realização de abortos não cirúrgicos defendida, inclusive, até os dias atuais.

Os anos 1980 e 1990 foram o panorama do aparecimento na cena social de duas novas substâncias que iriam revolucionar a autonomia feminina sobre o próprio corpo e sobre a decisão de seguir ou não com uma gestação. Dentro dessas grandes mudanças, colocava-se ainda a garantia da privacidade das mulheres ao poderem autoadministrar os comprimidos, ou seja, libertando-as do constrangimento de procurar atendimento médico para tais casos. Essas,

com certeza, eram transformações que levantaram debates fervorosos na sociedade pouco disposta a discutir o aborto de forma séria e livre das amarras dos valores e da moralidade.

O Cytotec se transformou, em pouquíssimo tempo, de “revolução da medicina” para “vilão social”. O campo científico que defendeu a inovação do misoprostol para o tratamento das úlceras pépticas com vantagens em cima de todos os outros métodos, foi o mesmo espaço da ciência que construiu as pesquisas que levaram ao processo de normatização do medicamento no Brasil, embasando “cientificamente” uma questão que também era social, ou seja, os debates entre legalidade e ilegalidade do aborto.

Nos próximos capítulos irei descrever o processo científico e social que resultou na perseguição jurídica e moral ao Cytotec no Brasil. A atuação de dois campos científicos, farmacêutico e medicina genética, construindo pesquisas que apontavam para o risco que a disponibilidade comercial significava tanto para o controle do uso de medicamentos como para o desenvolvimento das crianças em casos de aborto malsucedidos. Em ambos os casos, as pesquisas e seus achados foram utilizados como discursos legitimadores para a adoção de medidas restritivas e punitivas aos usuários, ou melhor, usuárias do medicamento. Considerando a realidade brasileira da ilegalidade do aborto e uma sociedade majoritariamente aversa a essa discussão, a disponibilidade de um medicamento que pudesse facilitar a prática do aborto ilegal era totalmente inaceitável. Embora discursos do campo da saúde pública apontassem para a diminuição da morbimortalidade em casos de abortamentos ilegais, este nunca foi um ponto considerado para a reflexão da manutenção do Cytotec no mercado brasileiro. Ao tornar o Cytotec inacessível às mulheres, longe de impedir a realização do aborto, os tomadores de decisão mantiveram o cenário perigoso para elas, que se expõem a situações de risco em busca da interrupção de gestações não desejadas.

## CAPÍTULO 2. A PÍLULA BRASILEIRA DO ABORTO: O USO DO CYTOTEC COMO ABORTIVO E A QUESTÃO FARMACÊUTICA

*Abortivo tem venda indiscriminada* é o título da matéria veiculada no dia 15 de setembro de 1990 pelo Jornal O Povo, na qual se apresenta o caso de uma jovem de 15 anos que, após ingerir o medicamento Cytotec por via oral e introduzir alguns comprimidos na vagina, recorreu à Maternidade Escola Assis Chateaubriand com sangramento, onde foi realizada a curetagem. No dia seguinte ao acontecido, apresentando ainda sangramento e vômitos, a jovem procurou atendimento no posto de saúde do bairro Jardim Ipaumirim,<sup>27</sup> na periferia de Fortaleza. Este relato, segundo Liduína Távora - diretora do centro de saúde -, figurava como mais um episódio dos muitos casos que se tornaram corriqueiros naquele período. Mulheres gestantes, por vezes com mais de três meses, estavam utilizando o medicamento supracitado para interromper a gestação. Ainda de acordo com a reportagem, os jornalistas, ao buscarem as farmácias próximas ao posto de saúde, constataram que a venda do Cytotec ocorria mesmo sem a apresentação da receita. Durante as visitas, em uma das farmácias pesquisadas, a equipe de reportagem notou que:

[...] Na farmácia Giselle, localizada entre as avenidas Francisco Sá e Doutor Theberge, **o balconista afirmou ontem que comercializa o Citotec dispensando a prescrição médica.** É de seu conhecimento também que a ingestão dos comprimidos provoca o sangramento nos primeiros meses da gestação. **“O mulherio procura muito,** embora no momento esteja em falta” – disse o funcionário (O POVO, 1990: 15) [Grifos nossos].

Consultado pelo jornal, o presidente do Conselho Regional de Medicina, Orlando Menezes, declarou que o medicamento apenas poderia ser comercializado com a apresentação da receita médica e para as finalidades prescritas. Caso contrário, as farmácias poderiam ser responsabilizadas pelos riscos da utilização indevida do medicamento (Ibidem).

Este caso coloca importantes questões que serão discutidas neste capítulo. Primeiramente, a livre comercialização do Cytotec e seu uso para a prática do aborto. Em segundo lugar, a busca por atendimento nos hospitais para “completar” o aborto. Este fato

---

<sup>27</sup> O bairro não existe mais com essa nomenclatura na cidade de Fortaleza. Pelas referências espaciais apresentadas na matéria, supõe-se que seja, atualmente, um dos bairros que compõem a Regional I: Jardim Guanabara, Vila Velha, Barra do Ceará, Cristo Redentor, Pirambu, Carlito Pamplona, Jacarecanga, Álvaro Weyne, Floresta e Jardim Iracema.

ocorria, de acordo com discursos apresentados no decorrer desta tese, porque o misoprostol era um abortivo fraco e, portanto, exigia a feitura da curetagem para completar a referida prática. Todos esses são aspectos que permeiam as pesquisas no campo médico e farmacêutico desenvolvidas em torno do misoprostol logo nos primeiros anos de sua existência no Brasil.

O uso do Cytotec como abortivo e a rápida disseminação dessa prática colocou em questão o domínio do campo farmacêutico sobre a oferta e consumo de medicamentos, que neste caso se configurava – de acordo com os paradigmas do campo farmacêutico – como *indevido* ou *irracional* porque se referia ao uso diferente daquele prescrito pelos médicos. Portanto, questionava a capacidade de ação dos órgãos fiscalizadores de impedir o emprego inadequado das substâncias farmacêuticas. O conceito de uso *indevido* se mostrou valioso para o campo farmacêutico ao possibilitar delimitar a forma adequada de utilizar os medicamentos, bem como aqueles usos que não são aceitos e devem ser proibidos.

Neste capítulo discuto a disseminação do misoprostol como abortivo e a atuação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) ligado ao Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará como importante produtor de conhecimento científico acerca deste medicamento, delimitando sua utilização para prática do aborto como *indevida* e que, por tal circunstância, demandava pela vigilância sobre as substâncias medicamentosas. Também será possível perceber a partir de qual momento o conceito de uso *indevido* surge enquanto demanda do campo e passa a mobilizar esforços para coibir essa prática através de ferramentas regulatórias e de farmacovigilância.

Minha análise da ação do GPUIM se dá a partir da compreensão deste como importante instituição produtora de discursos sobre o misoprostol no estado Ceará e que ultrapassa a esfera de discussão local obtendo projeção nacional dada à veiculação de notícias na mídia (jornais e revistas) de importante circulação no país, por exemplo, Jornal O Globo, Jornal O Estado de São Paulo, Jornal do Brasil, Revista Veja, entre outros. A produção científica realizada no âmbito deste grupo colaborou com a construção de imagens sobre o uso do medicamento para a prática abortiva como *indevida/irracional* e pautadas no risco teratogênico de sua utilização que persistem até os dias atuais. Aqui, detenho-me à discussão sobre o uso do misoprostol como abortivo, à construção do conhecimento no campo farmacêutico e ao processo de normatização da comercialização e uso deste medicamento no estado do Ceará como consequência da articulação do GPUIM com importantes órgãos, a título de exemplos: a Secretaria de Saúde e a Universidade. A problemática da conformação

dos riscos teratogênicos está presente já nos artigos aqui discutidos, mas será tratada em capítulo específico e posterior.

Considero que a partir do esforço investigativo e a “vitória” no Caso Misoprostol, o GPUIM obteve legitimidade em duas vertentes: científica e institucional. No primeiro caso, o reconhecimento dos pares (pesquisadores e instituições de pesquisa), à medida que os resultados sobre a pesquisa do misoprostol se tornaram referência para os interessados na temática. Em segundo lugar, porque a demanda por uma política de vigilância sobre os medicamentos reivindicada durante todo o Caso Misoprostol foi implementada a partir da expansão das atividades do grupo, através da criação do Centro de Informações sobre Medicamentos (CIM) e do Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE), que vieram compor o Sistema de Farmacovigilância do Ceará (SIFACE). Todos esses aspectos representam o anseio em consolidar um projeto caro ao campo farmacêutico, o controle sobre os usos dados aos medicamentos pela população. Era preciso consolidar o controle do campo médico científico sobre os produtos da ciência, ou seja, dos medicamentos disponibilizados à sociedade garantindo que estes tivessem apenas o uso prescrito pelos profissionais especializados. Nesse sentido, o GPUIM coloca o Ceará na dianteira de uma discussão que acontecerá no país a respeito da construção de um sistema nacional de farmacovigilância. A experiência do grupo e dos órgãos criados será divulgada em artigos de ampla circulação e tomada como exemplo para o cenário nacional.

Para o desenvolvimento da análise, utilizo como fontes os artigos científicos publicados por membros do grupo, assim como também de outros pesquisadores que dialogam com as pesquisas e dados apresentados por aqueles; material pertencente ao acervo institucional; documentos técnicos, jornais e revistas em geral.



Imagem 10 - Abortivo tem venda indiscriminada.

**SAÚDE PÚBLICA**

# Abortivo tem venda indiscriminada

**Remédio para úlcera é usado como abortivo por via vaginal, com risco de saúde. Jovem de 15 anos quase morre, e médica do Jardim Ipauperim denuncia o perigo**

O medicamento Citotec, do laboratório Searle, que é indicado pelos médicos no tratamento das úlceras gastrointestinal e duodenal, está sendo utilizado como abortivo, sendo sua venda feita por algumas farmácias de Fortaleza sem a exigência da receita médica. Ontem, a Dra. Liduina Távora, diretora do Centro de Saúde Tereza Deana, no Jardim Ipauperim comprovou o caso de uma adolescente que tomou o remédio, em forma de comprimidos para provocar o aborto. Embora o medicamento esteja em falta, duas farmácias do bairro afirmaram vendê-lo sem prescrição do médico.

A jovem de iniciais T.V., 15 anos, compareceu ontem ao Centro de Saúde do Jardim Ipauperim porque apresentava sangramento vaginal e vomitara sangue. A paciente contou para Liduina Távora que tomara o remédio comprado pela sua madrasta e que também introduzira alguns comprimidos pela vagina, também a mando da atual mulher de seu pai. Após ter abortado proce-

rou a Maternidade Escola Assis Chateaubriand onde fora feita a curetagem. Ontem disse ela que vomitara sangue, mas atribuiu o fato ao veneno de rato que ela afirmou ter sido colocado em sua comida pela madrasta.

O caso de T.V., que reside nas proximidades do Centro de Saúde Tereza Deana não é o primeiro do conhecimento da diretora do posto de saúde, localizado à Rua Coronel de Queiroz, 750. Afirmou ela ter tido notícias de outros casos de aborto provocados pelo Citotec. "Esse remédio é similar ao Tagamet, utilizado também para o tratamento da úlcera gástrica, porém ele chega a ser vendido até avulso com a finalidade de romper a gestação". Liduina disse que há casos de mulheres grávidas de três e cinco meses que ingerem os comprimidos abortivos, além de os introduzirem na vagina.


A diretora do posto de saúde constatou que tem aumentado o atendimento de mulheres com sangramento nos primeiros meses de gravidez devido ao uso indevido do remédio. Na farmácia Giselle, localizada entre as avenidas Francisco Sá e Doutor Theberge, o balconista afirmou ontem que comercializa o Citotec dispensando a prescrição médica. É de seu conhecimento também que a ingestão dos comprimidos provoca o sangramento nos primeiros meses de gestação. "O mulherão procura muito, embora no momento esteja em falta" — disse o funcionário.

Na farmácia Rochele, localizada num posto de gasolina, entre as avenidas Pasteur e Francisco Sá, o balconista também informou que o remédio está em falta e sem previsão de voltar a ser comercializado. Disse ainda que havia vendido avulso, mas que após algumas confusões tinha suspenso e só comercializava a caixa por um preço entre Cr\$ 600,00 e Cr\$ 700,00. A dra. Liduina disse que a exploração do medicamento era tão grande que só a unidade (comprimido) chegava a custar Cr\$ 400,00 e a caixa Cr\$ 1.000,00.

**"Aborto é crime"**

O presidente do Conselho Regional de Medicina, Orlando Bezerra Menezes, disse que o medicamento Citotec só deve ser vendido com prescrição médica e sob supervisão farmacêutica, porque "é um abortivo "que solta tudo o que estiver no útero", e pode causar efeitos colaterais perigosos quando introduzido no organismo fora de suas indicações normais, que são os tratamentos de úlcera gástrica. Caso contrário, segundo ele, a farmácia que comercializa a droga sem a receita do especialista é "co-responsável".

Orlando Bezerra Menezes alertou para a prática do crime, como é considerado o aborto, de acordo com o Código Penal. "A Constituição define que a família deve adotar meios para fazer o planejamento familiar, mas estabelece que o aborto é crime, e quem o estiver induzindo responde pelo mesmo", afirmou.



Orlando Menezes, presidente do CRM

Fonte: Jornal O Povo, Fortaleza, 15.09.1990. Disponível no Acervo GPUIM.

\*\*\*

## 2.1 As tragédias com medicamentos e o surgimento da Farmacovigilância

A discussão sobre o uso *indevido* e *irracional* de medicamentos, problemática em torno da qual se mobiliza o GPUIM, está contextualizada historicamente a partir da repercussão das tragédias envolvendo medicamentos, principalmente no século XX, e como essas dão origem a maiores preocupações com a regulação dos fármacos e a vigilância sobre toda a cadeia envolvida: indústria farmacêutica, profissionais da saúde, farmácias e usuários. Isto nos direciona à questão do domínio técnico sobre a prescrição, dispensação e consumo, assim como o controle e regulação destes produtos no mercado. Para Suely Rozenfeld, os estudos sobre utilização de medicamentos, de forma geral, identificam três questões. São elas: a abundância de produtos desnecessários ou com potencial tóxico inaceitável; prescrição irracional e automedicação (Rozenfeld, 1989: 21). Isso decorreria, principalmente, da ausência de programas de farmacovigilância e da exígua produção de estudos científicos de base epidemiológica e farmacológica (Ibidem). Partindo dessa constatação, o desenvolvimento das pesquisas em farmacoepidemiologia buscaram suprir a necessidade de informações sobre o impacto do consumo dos medicamentos pela população, permitindo, assim, ações de vigilância, bem como a intervenção nos casos em que estes apresentam riscos ou, em muitas situações, mostram-se como desnecessários ou insuficientes. A investigação sobre os usos, benefícios e riscos dos medicamentos se mostrou importante e crucial no contexto em que a oferta de substâncias farmacêuticas cresceu em número e variedade.

Os anos pós Segunda Guerra Mundial caracterizaram, de acordo com Eric Hobsbawm, os chamados Anos Dourados. A Era das Catástrofes, com guerras e suas conseqüentes crises econômicas foi seguida por um período de recuperação dos países envolvidos no conflito e, além disso, a expansão da ideia de prosperidade baseada, sobretudo, no crescimento da produção do mundo industrial. Os ares da modernidade se fizeram presentes não somente nos setores automobilístico e de eletrodomésticos, produtos marcantes do período enunciado. A revolução tecnológica proporcionada pelo crescimento da industrialização foi acompanhada pela maior valorização do campo científico. Ambos, neste contexto, foram vistos como propiciadores de melhorias nas condições de vida da população, promovendo, portanto, a ideia de bem-estar. Para o autor, “as inovações que começaram a transformar o mundo assim que a guerra acabou talvez tenham sido as do setor químico e farmacêutico” (Hobsbawm, 1995: 265). Muitas das inovações destes setores tiveram relação com os dois conflitos mundiais (1914-1918 e 1939-1945), pois os esforços de guerra exigiram da indústria

farmacêutica a capacidade de desenvolver e produzir medicamentos para atender aos feridos, assim como as descobertas da indústria química foram incorporadas como armas, tornando os combates cada vez mais mortíferos. Todo esse arsenal foi posteriormente adaptado às necessidades cotidianas da sociedade e incorporados pela população. A penicilina é um exemplo dos “benefícios” resultantes da guerra. Descoberta em 1928 pelo médico bacteriologista Alexander Fleming, o antibiótico teve nos campos de batalha da Segunda Guerra Mundial a oportunidade de comprovar sua eficácia. A nota presente no Jornal O Careta, RJ, de dezembro de 1944, esboça o clima otimista do período “No campo médico, encontra-se a penicilina [...] que salvou milhares de vidas. Em tempo de paz, salvará número muito maior” (O Careta, 1944:32).

Imagem 11 - Benefícios e malefícios da guerra

**Crianças**

Segundo recente estatística, a Rússia é o país em que existe maior número de crianças. A França o que conta com maior número de velhos. Quasi cincoenta por cento da população ru-sa, antes da guerra atual, eram constituídos por pessoas de menos de vinte anos. Na França, apenas trinta e um por cento da população tinham menos de vinte anos. Os Estados Unidos contavam com trinta e nove por cento de pessoas dessa idade.

s.

---

**PRECISANDO  
DEPURAR O SANGUE  
TOME  
ELIXIR DE NOGUEIRA**  
(Medicação auxiliar no tratamento da Sífilis)

---

**Benefícios e malefícios**

Os malefícios causados pela guerra são sempre maiores do que os benefícios. Contudo, podia ser pior... Eis alguns dos inventos britânicos de guerra que continuarão servindo à humanidade após a vitória. O aparelho para destilação adaptado aos botes salvavidas, que transforma a água do mar em potável, fresca ou quente. No campo médico, encontra-se a penicilina, descoberta pelo Professr Fleming, que salvou milhares de vidas. Em tempo de paz, salvará número muito maior.

Outras invenções e aperfeiçoamentos — e estes cons-



Assenta e dá brilho  
AO CABELO

tituem grande maioria — serão adaptados às necessidades do tempo de paz.

O trabalho intenso dos cientistas para a conquista da vitória se prolongará, após a derrota dos totalitários, para proporcionar aos homens maior tranquilidade e bem estar.

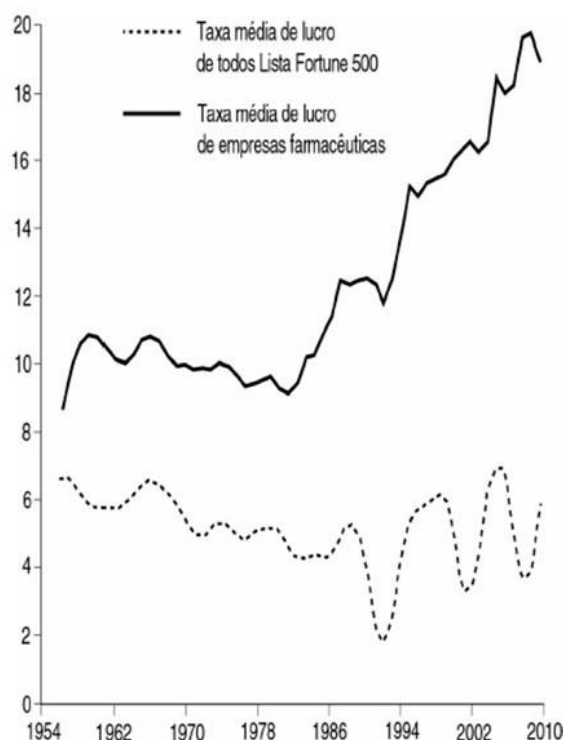
O. S.

Fonte: Jornal O Careta, 30-12-1944, pág. 32. Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

No contexto mundial marcado pela Guerra Fria (1945-1991), o setor farmacêutico apresentou grande crescimento produtivo no que diz respeito a variedade e quantidade de medicamentos disponíveis. De acordo com Adele Clarke, o período compreendido entre 1940 e 1990 caracteriza-se pelo processo de medicalização da sociedade norte-americana (que pode se aplicar a sociedade de maneira geral), ou seja, práticas que enfatizam e amplificam o

controle sobre fenômenos médicos – doenças, lesões, disfunções corporais (Clarke, 2010). Inclui-se nesse processo a construção das megacorporações farmacêuticas e, principalmente, as norte-americanas, que se consolidaram no ramo como as detentoras de tecnologia de ponta e medicamentos modernos (Bortone, 2018). Este crescimento é perceptível através do gráfico abaixo que apresenta o aumento dos lucros das indústrias farmacêuticas entre os anos 1950 e 2010.

Imagem 12 - Crescimento dos lucros das empresas farmacêuticas 1954-2010



Fonte: GØTZSCHE, Peter C. C. *Medicamentos mortais e crime organizado*. Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016, p. 137.<sup>28</sup>

A indústria farmacêutica experimentou um grande desenvolvimento nesse período, relacionando a maior oferta de medicamentos ao ideal de saúde e bem-estar. A intensiva produção nos laboratórios foi acompanhada pela publicidade dos medicamentos em revistas médicas e leigas com o intuito de influenciar os hábitos de consumo e dar visibilidade às inovações do setor. A indução destes novos costumes de consumo se fez presente até mesmo

<sup>28</sup> Este gráfico também foi utilizado na tese de Eliane Almeida Bortone: “O Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (IPES) e a Ditadura Empresarial-Militar: os casos das empresas estatais federais e da indústria farmacêutica, 1964-1967”. Para mais informações ver referências bibliográficas.

na mudança dos hábitos de higiene pessoal, do qual resultaria a substituição do “natural pelo artificial, pelo fabricado” (Kobayashi, 2012:20). A oferta e consumo desses produtos estavam para além da materialidade do objeto, pois significava uma nova maneira de viver, mais moderna e saudável (Ibidem). Nesse sentido, a indústria farmacêutica investiu na propaganda dos produtos disponíveis no mercado e na inserção de novidades no setor.

Embora o *boom* da indústria farmacêutica fosse considerado positivo, pois representava o crescimento do conhecimento científico sobre um maior número de doenças e seus agentes, ele carregava consigo a possibilidade de risco. A criação de uma “selva terapêutica” (Bittencourt et al., 2013), associa a ideia de uma ampla oferta de medicamentos e a ausência de garantias quanto a sua segurança e ao uso irracional e desregulado destas substâncias. É justamente nesse contexto de crescimento da indústria farmacêutica e oferta de medicamentos que se dá, por outro lado, a demanda por fiscalização e regulação promovida pelo campo científico e farmacêutico.

De acordo com a literatura consultada<sup>29</sup>, a partir dos anos 1960 e 1970 é possível identificar o crescimento do reconhecimento em escala mundial da importância dos estudos sobre medicamentos: seus usos, benefícios e riscos. Isso ocorreu como desdobramento dos dois principais eventos em que a disponibilidade de fármacos sem maior controle e vigilância ocasionou mortes e malformações congênitas. O primeiro deles aconteceu nos Estados Unidos, no final dos anos de 1930, e diz respeito a composição do xarope de sulfanilamida, indicado principalmente para crianças, que continha a substância dietilenoglicol utilizada como solvente. Na época, a legislação sanitária não detinha rigoroso controle sobre testes de toxicidade para novos medicamentos,<sup>30</sup> e estes eram lançados no mercado sem o exato conhecimento sobre seus riscos para a população. O perigo do novo xarope logo foi percebido pelos médicos e rapidamente mais de 100 mortes foram notificadas, sendo a maioria de crianças. O caso do xarope de sulfanilamida foi um importante ponto de mudança na legislação estadunidense sobre medicamentos, exigindo maior rigor nos testes pré-comercialização (Tognoni & Laporte, 1989; Castro, 2000).

No entanto, foi a tragédia da talidomida, no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, que colocou a segurança dos medicamentos no centro da discussão mundial, assim como consagrou a rigidez do papel da Food and Drug Administration – FDA – como órgão

---

<sup>29</sup> Sobre isto, ver: Lefèvre (1991); Laporte et al. (1989); Castro, C (2000); Castro, L (2006, 2009), entre outros.

<sup>30</sup> De acordo com Timmermans & Leiter, desde 1906, data de sua criação, a FDA detinha um papel meramente simbólico para verificar se os rótulos dos medicamentos apresentavam com exatidão as prescrições e efeitos dos medicamentos (Timmermans & Leiter, 2000: 45).



regulador e de vigilância de medicamentos no território norte-americano e que passou a servir como referência para outros países. A talidomida, lançada no mercado alemão em 1957 pela empresa Chemie Grünenthal e logo comercializada em mais de 40 países e fabricada por diversos laboratórios, foi indicada como sedativo e tranquilizante<sup>31</sup>, sendo prescrita para mulheres gestantes para alívio dos enjoos matinais, com venda livre em muitos países, inclusive no Brasil. Logo nos primeiros anos após sua comercialização, muitos nascimentos, principalmente na Alemanha, foram registrados com defeitos congênitos - a focomelia-, que se caracteriza pela má formação de braços e pernas e o conseqüente encurtamento desses membros<sup>32</sup>. O número de recém-nascidos afetados com o uso da talidomida no mundo não é exato, mas sabe-se que foram milhares<sup>33</sup>. Interessa-nos, aqui, entender como a atuação da FDA impediu que esta tragédia atingisse os Estados Unidos.

A talidomida não chegou, de fato, a ser comercializada nos EUA<sup>34</sup>, fator este responsável pelo menor número de crianças afetadas pelo uso do medicamento, se comparado ao ocorrido em outros países, como Alemanha e Inglaterra. Frances Oldham Kelsey, cientista e farmacologista da FDA, foi notoriamente reconhecida como uma das principais responsáveis por esse feito. Responsável pelo NDA<sup>35</sup> da talidomida, Kelsey considerou insuficientes os testes apresentados pelo laboratório sobre a segurança do medicamento, pois já existiam relatos sobre tonturas e neurite periférica resultantes do uso da talidomida em artigos e relatórios médicos. Até aquele momento, como afirma Ann Dally, a ideia de que a placenta exercia a proteção do feto a danos ou riscos ambientais, por exemplo, a ação de agentes externos como os medicamentos, justificava que muitos laboratórios não promovessem ensaios com mulheres gestantes, pois consideravam desnecessários (Dally,

---

<sup>31</sup> Goodman & Gilman, na edição de 1965, do manual “The pharmacological basis of therapeutics: a textbook of pharmacology, toxicology and therapeutics for physicians and medical students”, apontam que na década de 1960 as substâncias psicoativas ganharam projeção na sociedade, bem como uma maior quantidade delas foram disponibilizadas pela indústria farmacêutica (Bittencourt et al., 2013: 506). Dentro deste grupo podemos encaixar os calmantes, tais como a talidomida.

<sup>32</sup> O site da Associação Brasileira de Portadores da Síndrome da Talidomida (ABPST) possui uma linha do tempo sobre os eventos que envolveram a talidomida em âmbito internacional e nacional, desde sua criação até discussões mais recentes sobre a utilização desse medicamento no tratamento de outras doenças, como exemplo cita-se a hanseníase. Ver <http://www.talidomida.org.br/>.

<sup>33</sup> Leandro & Santos apresentam dados sobre os possíveis números da talidomida de acordo com a revisão de literatura sobre a temática. “Segundo Matthews & McCoy (2003) um total de 8.000 a 12.000 crianças foram afetadas pelos efeitos teratogênicos da talidomida na década de 60 e, segundo Oliveira e colaboradores (1999), esse número é de 10.000 a 15.000 crianças em todo o mundo. Para o Brasil, estima-se em 300 o número de atingidos até 1965, a chamada primeira geração (Oliveira et al., 1999, p. 103)”, (Leandro & Santos, 2015: 994).

<sup>34</sup> Apesar da não comercialização, alguns médicos tiveram contato com o medicamento através das amostras enviadas por representantes de laboratórios. Tal fato originou os poucos mais de 100 casos de crianças com defeitos congênitos em decorrência do uso da talidomida nos Estados Unidos (Moro & Invernizzi, 2017; Glauberman, 1997).

<sup>35</sup> NDA (New Drug Applications) constitui parte do relatório que os laboratórios farmacêuticos enviam para a FDA solicitando a aprovação de um novo medicamento para comercialização.

1998). O veto da FDA à comercialização da talidomida durou tempo suficiente para que os primeiros relatos de defeitos congênitos fossem publicizados. Em 1961, em carta direcionada a revista *The Lancet*, o médico William McBride informou o aumento de casos de crianças com defeitos congênitos e relacionou-os ao uso da talidomida durante a gravidez (Ibidem). Logo após a denúncia, a substância começou a ser retirada de mercado em vários países, sem mesmo ter sido aprovada nos EUA.

A relação entre a tragédia da talidomida e o fortalecimento da FDA é analisada por Scott Glauberman em “The Real Thalidomide Baby: The evolution of the FDA in the shadow of Thalidomide, 1960-1997”. Para o autor, a extensão e visibilidade do caso talidomida foram fundamentais para que a atuação da FDA ganhasse reconhecimento no país. Assim, como sugere o título do trabalho, a FDA seria um dos, ou o principal “bebê” da talidomida. Após este acontecimento, nos anos 1960 e 1970, a FDA assumiu postura mais rígida quanto aos novos medicamentos, “prevenir outra talidomida tornou-se a prioridade número 1 da FDA” (Glauberman, 1997: 3). Entre as décadas de 1950 e 1970, a FDA expandiu sua jurisdição regulatória incluindo também o marketing e publicidade relacionadas à saúde (Clarke, 2010: 94).

Em 1962, a aprovação da emenda Kefauver-Harris representou o enrijecimento da FDA quanto à concessão de licença para novos medicamentos. A partir de tal aparato, a FDA criou exigências para a aprovação de substâncias, tais como estudos pré-clínicos de farmacologia e toxicologia. A emenda também foi aplicada aos produtos já disponíveis no mercado, exigindo que os laboratórios apresentassem nova comprovação de eficácia e segurança (Rozenfeld, 1998).

Elaine Bourton destaca o caso da talidomida como um dos principais exemplos de como a indústria farmacêutica esquivou-se de leis e regulamentos na tentativa de comercializar medicamentos sabidamente perigosos. Mesmo após as primeiras queixas, a empresa continuou a veicular a propaganda de “completamente seguro” ao medicamento que era vendido no balcão sem a exigência de receita médica. Ainda de acordo com a autora, após as primeiras denúncias feitas através da mídia, alguns jornalistas reportaram ameaças vindas dos laboratórios produtores da Talidomida (Bourton, 2018).

Todos os autores aqui apresentados concordam que a talidomida consagrou a segurança de medicamentos como um problema do Estado, o qual deveria impor sua autoridade sobre a indústria farmacêutica em defesa da saúde e segurança da população. A explanação cuidadosa sobre este ponto se justifica nesse sentido. Após esta, que ficou

conhecida como a maior tragédia envolvendo medicamentos, a demanda por controle sobre os fármacos - a farmacovigilância - cresceu e se tornou global.

A problemática supracitada reafirmou a importância de criar, na esfera internacional, um órgão ou sistema responsável por controlar informações de reações adversas e disseminá-las de forma ágil, garantindo a prevenção de novos eventos como o caso talidomida.

A mobilização em torno deste objetivo é perceptível através dos documentos publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1960, o relatório de ações da OMS detinha-se apenas na questão do grande volume de substâncias farmacêuticas no mercado, o que demandaria maior controle de qualidade (OMS, 1960). Já a resolução WHA15.41, aprovada na Assembleia Mundial de Saúde de 1962 - quanto à avaliação clínica e farmacológica de medicamentos - traz as seguintes considerações, “experiência recente demonstrou certos problemas nas medidas de controle e segurança existentes; esses problemas estão especialmente relacionados a ensaios clínicos insuficientes [...]” (WHA, 1962). A constatação é seguida pela orientação de que as autoridades nacionais de saúde são responsáveis pela segurança e eficácia dos produtos farmacêuticos disponibilizados à população. Nos relatórios anuais de atividades consultados,<sup>36</sup> observa-se o crescimento do espaço dado à temática da farmacologia, toxicologia e vigilância de medicamentos. Vê-se, então, a ampliação do aparelho regulatório sobre os fármacos.

O relatório de ações da OMS do ano de 1962, no campo “preparações farmacêuticas”, apresenta “[...] antes de autorizar a venda de novas preparações farmacêuticas, problemas muitos complicados devem ser resolvidos.”, e mais adiante “é necessário ter dados sobre toxicidade aguda e crônica, sua dosagem e seus efeitos colaterais. Finalmente, devem ser feitas avaliações clínicas e farmacológicas” (OMS, 1962:51). Vale ressaltar o “Simpósio sobre toxicologia de drogas” realizado em Moscou e apresentado pelo relatório de 1964, no qual se esclarece “[...] os temores levantados na opinião pública por acidentes relacionados à talidomida tornaram clara a necessidade de aplicar medidas apropriadas para garantir a segurança e eficácia de medicamentos” (OMS, 1964:106). Por último, chamo atenção para o ano de 1968 que traz a discussão em um tópico específico, denominado “Inocuidade dos medicamentos e vigilância farmacológica”. Neste, as informações sobre as ações em torno da questão toxicológica dos medicamentos privilegiam a elaboração de um programa internacional com fins a promover a segurança e colaborar com o controle dentro dos países, a

---

<sup>36</sup> Através do Institutional Repository for Information Sharing – IRIS, encontramos as atas oficiais das atividades da OMS referente aos anos de 1960, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1968. Disponível em <https://apps.who.int/iris/>. Acessado em 28.11.2019.



partir da maior disponibilidade de informações sobre efeitos nocivos de medicamentos, inclusive com a participação de hospitais em um programa de vigilância farmacológica (OMS, 1968:47).

É inegável que a mobilização da OMS tenha levado esta preocupação aos órgãos de fiscalização a nível nacional em diversos países. Esse, inclusive, é o objetivo exposto pelo Relatório do encontro “International Drug Monitoring: The Role of National Centres” ocorrido em 1971, na cidade de Genebra. Expondo as reações adversas a medicamentos como um relevante problema de saúde pública, propôs-se a criação de um sistema internacional de monitoramento, no qual os centros nacionais teriam importante papel de fornecer informações a partir de estudos locais e, dessa maneira, manter o sistema internacional sempre atualizado de forma ágil (WHO, 1972: 5). Neste, dez países assinaram o acordo para participar do processo de criação do sistema, a dizer, Austrália, Canadá, Reino Unido, EUA, Alemanha Ocidental, entre outros. É possível afirmar que mesmo nos países não participantes e, vale ressaltar, com realidades socioeconômicas diferentes dos acima citados, tal empenho da OMS em promover a ampliação e consolidação de um monitoramento do uso dos medicamentos e de seus riscos teve impacto na criação de áreas de estudos e pesquisas referentes à vigilância de medicamentos, assim como no surgimento de políticas públicas com a finalidade de controlar e fiscalizar os produtos disponíveis no mercado, mesmo que de forma tímida e em menor escala.

É na esteira dessa mobilização inicial da OMS e de sua adoção por diversos países que a ciência e a prática da farmacovigilância se desenvolve e ganha notoriedade pela importância que desempenharia na saúde pública. A face visível desse processo de institucionalização do campo está na criação da Sociedade Internacional de Farmacoepidemiologia (ISPE) em 1984 e da Sociedade Europeia de Farmacovigilância (ESOP) em 1992 (OMS, 2005), como órgãos que serviriam de modelo para demais iniciativas. A atuação do campo se faria a partir da vigilância do uso para indicações aprovadas e não aprovadas cientificamente, assim como sobre os abusos e uso *indevido* de medicamentos.

Acompanhando o desenvolvimento do campo, o conceito de *uso racional* de medicamentos se legitima e passa a determinar o certo e o errado na forma de consumir essas substâncias. Na *Conferência de especialistas sobre uso racional de medicamentos* durante a 39ª Assembleia Mundial de Saúde, na qual o Brasil esteve representado por L. F. Moreira Lima – Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde –, a OMS define que há *uso racional* de medicamentos quando esses são indicados de acordo com a condição clínica do

paciente, em doses adequadas e pelo período necessário com o menor custo para os indivíduos e comunidade (OMS, 1986). Portanto, todo o uso que difere dessas prerrogativas é considerado *irracional* e *indevido*, sendo sobre esses aspectos que a farmacovigilância se deterá com maior atenção. É sobre essa base conceitual que o GPUIM criará, como veremos adiante, todo seu argumento científico em torno do misoprostol e de sua utilização *indevida*, por se tratar do uso feito contrariando as indicações clínicas e científicas do medicamento.

No Brasil, a estruturação normativa e institucional desse campo se dá, principalmente, a partir dos anos 1970 com a instituição de um conjunto de leis que visam à organização do processo desde a fabricação até o consumo dos medicamentos. O Decreto nº 72.552 de 1973, que dispõe sobre as políticas e diretrizes do Plano Diretor de Medicamentos, no que concerne ao controle técnico da produção e comercialização de produtos farmacêuticos, aponta:

a) estabelecimento e dinamização do sistema nacional de vigilância farmacológica [...], b) estabelecimento e oficialização de padrões de análise e controle de qualidade dos produtos industriais farmacêuticos, visando o desempenho das atividades de licenciamento e fiscalização, c) estabelecimento de sistemática avaliação permanente da ação mutagênica e da eficácia dos medicamentos em função da sua utilização terapêutica, profilática e auxiliar (Brasil, 1973).

As medidas de vigilância farmacológicas acima descritas foram complementadas pela Lei nº 6360 de 1976 que dispõe especificamente sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos. Nesta, o processo de regulação é descrito com maior riqueza de detalhes desde a fabricação até a publicidade. O Artigo 16, que trata sobre a aprovação de medicamentos, informa os requisitos aos quais os produtos devem se adequar, entre eles, “através de comprovação científica e de análise, seja reconhecido como seguro e eficaz para o uso a que se propõe, [...] determinação do grau de segurança e eficácia necessários” (Brasil, 1976).

A análise destas normativas e da legislação aprovada posteriormente deixa claro o crescimento da demanda pela fiscalização das substâncias medicamentosas no país. No entanto, como ressalta Lia Cardozo de Castro, apesar do aparato normativo em vigor, aquelas medidas não foram suficientes para promover o uso *racional* de medicamentos. O que levou, de acordo com a autora, à orientação para o desenvolvimento de pesquisas

farmacoepidemiológicas como mecanismo mais eficiente para o conhecimento sobre os usos dados aos medicamentos pela população, bem como as consequências destes (Castro, 1999).

Nesse movimento de reorientação, cita-se a criação da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – Sobravime – no início dos anos 1990, como importante centro independente de pesquisas científicas direcionadas ao uso *racional* e *irracional* de medicamentos, bem como sobre as práticas de vigilância presentes no país (Ibidem). Através de suas publicações e atuação em parceria com outras instituições, a Sobravime teve papel relevante no questionamento sobre a legislação de medicamentos no Brasil, criticando a falta de fiscalização dos órgãos responsáveis sobre as manobras da indústria farmacêutica quanto ao preço, eficácia e segurança de medicamentos.

Considerando a influência das tragédias com medicamentos, é observável que, dentre as principais preocupações dos órgãos reguladores, estavam os efeitos adversos dos medicamentos e os riscos de sua utilização. É importante ressaltar que o objetivo de promover o uso *racional* e seguro dos medicamentos carrega em si o combate ao uso *indevido*, à automedicação e ao uso *off-label* de medicamentos, que pode se dar através do papel educativo dos próprios órgãos reguladores, como também por meio de pesquisas científicas que colaboram na construção e difusão do conhecimento no que concerne aos fármacos, além da vigilância contínua dos usos dados a essas substâncias.

É válido dizer que no período estudado, o emprego do termo vigilância sanitária seguia a inclinação geral em relacionar vigilância a eventos específicos, por exemplo, como o “acompanhamento de malformações congênitas, envenenamento na infância, aborto, doenças profissionais, entre outros (Rozenfeld, 1998: 238).

## **2.2 Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) e o “Caso Misoprostol”**

O Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), ligado ao Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, surgiu em 1990<sup>37</sup> com o objetivo de colaborar no processo de conscientização de profissionais da saúde e comunidade

---

<sup>37</sup> De acordo com os documentos encontrados no acervo do grupo, o início das atividades do GPUIM data de julho de 1990, mas sua oficialização como núcleo pertencente ao Departamento de Farmácia da UFC se deu cinco anos mais tarde, através da Resolução Nº 08/CONSUNI de 1995.

em geral sobre o risco do uso *indevido* de medicamentos.<sup>38</sup> Com esta preocupação, a estratégia inicial do grupo foi identificar, em Fortaleza, um problema relacionado ao uso de medicamentos que apresentasse relevância no contexto da cidade. Escolhido o objeto, deu-se início à investigação farmacoepidemiológica<sup>39</sup> para dimensionar o impacto do problema e, posteriormente, servir como subsídio técnico-científico para políticas e ações do Estado e da sociedade civil voltadas para o emprego adequado dos medicamentos.

Vale reforçar, como demonstrado no tópico anterior, que o conceito de uso *racional* está localizado no tempo, principalmente a partir da segunda metade do século XX, como consequência de uma preocupação mais ampla em torno da segurança dos medicamentos. A atenção a este fato permite analisar como o discurso do campo farmacêutico detentor da autoridade científica a respeito dos medicamentos e, nesse caso específico, sobre o misoprostol, centrou-se no combate ao uso dito *irracional e indevido*.

A criação do GPUIM insere-se no contexto de crescimento de ações ligadas ao uso *racional* de medicamentos em âmbito internacional, principalmente impulsionadas por agências como OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Podemos lembrar, neste âmbito, a já citada “Conferência de especialistas sobre o uso racional de medicamentos”, realizada em 1985, na cidade de Nairóbi. O relatório publicado pela OMS, no ano seguinte, apresenta as deliberações e intenções propostas pelos países participantes, dentre eles, o Brasil. De maneira geral, orienta-se que os governos desenvolvam políticas farmacêuticas nacionais, a fim de garantir a oferta de medicamentos essenciais à população, o amplo acesso a estes e regulamentos que garantam a eficácia e segurança necessárias, bem como a produção e divulgação de informações relativas aos fármacos disponíveis. A respeito das informações farmacológicas, propõe-se a criação de sistemas ou centros de informações que tenham como objetivo facilitar o acesso a informações para médicos e usuários dos medicamentos (OMS, 1986).

No Brasil, o primeiro serviço que segue este modelo de Centro de Informações de Medicamentos (CIM) foi registrado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em 1979, vinculado ao setor de Farmácia Clínica. Seguido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul que, em 1984, cria o “Grupo de Estudos sobre medicamentos” ligado à Faculdade de Farmácia (Vidotti, 1999: 10). Ambos com o objetivo de elaborar ações de

---

<sup>38</sup> COELHO, Helena L.L. Estruturação e desenvolvimento de um núcleo de Farmacoepidemiologia na Universidade Federal do Ceará. Tese apresentada para o concurso de professor titular. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Farmácia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1998.

<sup>39</sup> Estudos farmacoepidemiológicos significa a aplicação do método e raciocínio epidemiológicos no estudo dos efeitos – benéficos e adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas (BRASIL, 1998).

vigilância e alertar quanto aos benefícios e riscos do uso de medicamentos. A iniciativa de criação desses espaços esteve inicialmente vinculada aos departamentos dos cursos de farmácia nas universidades, sendo estes os locais de primazia na elaboração de estudos de casos sobre medicamentos e farmacovigilância. Percebe-se, de maneira geral, que a criação do GPUIM está ligada a um movimento mais amplo em torno da vigilância do uso de medicamentos, do qual também faz parte a fundação da Sobravime citada anteriormente. Nestes espaços, a pesquisa sobre a ação de medicamentos no tocante aos indivíduos, tinha papel fundamental para promover a educação sobre o uso *racional* para a população e profissionais da saúde. Nesse sentido, temos um direcionamento para a criação de uma base institucional e normativa para promover o uso *racional* e/ou para evitar novas tragédias com medicamentos.

Para subsidiar as ações acima mencionadas, os estudos farmacoepidemiológicos se mostraram com importância fundamental, assim como a atuação do farmacêutico como investigador e produtor de conhecimento sobre os medicamentos. O desenvolvimento das pesquisas pode se orientar a partir de questões como a descoberta de efeitos adversos dos medicamentos de maneira ágil; a relação entre medicamentos e efeitos teratogênicos; o uso dos medicamentos conforme indicação médica, entre outras (Hartzema e Martini, 1996).

De acordo com os documentos encontrados no acervo institucional do grupo, no momento de criação e das primeiras reuniões, as notícias na mídia nacional sobre a utilização do misoprostol como abortivo tornaram-se frequentes e colocou esta temática como um potencial campo de investigação. Dado o curto tempo da existência e comercialização do medicamento no país, o referido aspecto se constituía como uma seara pouco conhecida e, por este motivo, despertava curiosidade e interesse dos pesquisadores. Torna-se difícil identificar se o grupo se forma a partir do objetivo de estudar o misoprostol ou se o interesse por esse medicamento surge após os passos iniciais de composição do grupo. Dessa forma, a escolha do misoprostol como campo de investigação não pode ser pensada como meramente casual, considerando que o potencial abortivo e os riscos do medicamento tornaram-se públicos desde 1988. A polêmica em torno da aprovação do misoprostol para comercialização nos EUA foi noticiada através dos jornais brasileiros e criou, entre especialistas e sociedade em geral, o temor pela proliferação do uso desenfreado do medicamento. Em dezembro de 1988, o Jornal do Brasil traz a seguinte manchete “EUA liberam droga que pode causar aborto”<sup>40</sup>. A aprovação da substância pela FDA se deu em meio a protestos de grupos antiaborto do país.

---

<sup>40</sup>EUA liberam droga que pode causar aborto. Jornal do Brasil, 29.12.1988. p. 7.

Cientes do efeito colateral na musculatura uterina, a agência reguladora exigiu que o rótulo do medicamento contivesse advertências expressas para médicos e pacientes. A mesma questão foi abordada no Jornal O Estado de São Paulo, “EUA aprovam droga antiúlcera”<sup>41</sup>, no qual apesar das vantagens apresentadas pelo misoprostol sobre outros medicamentos para o tratamento de úlceras, grupos antiaborto pressionaram o governo pela não aprovação do fármaco. “Estamos muito desapontados, reclamou o médico John Willke, presidente da Comissão Nacional pelo Direito à Vida. Tememos que essa droga vire uma pílula de aborto disfarçada” (Jornal O Estado de São Paulo, 1988: 13). A matéria conclui informando que o medicamento era vendido livremente no Brasil, porém, encontrava-se em falta nas farmácias de São Paulo consultadas pelos jornalistas. Estas notícias são apenas indícios de que a aprovação da comercialização do misoprostol não foi isenta de polêmicas em um país onde o aborto é legalizado desde 1973, além de demonstrar que a propriedade abortiva já era reconhecida naquele país mesmo antes da liberação do medicamento para comercialização. No contexto brasileiro com legislação restritiva quanto ao aborto, as polêmicas que envolveram a comercialização do medicamento não poderiam passar despercebidas por pesquisadores da área da saúde, como o campo farmacêutico aqui analisado, assim como por outras arenas de discussão.

O “Caso Misoprostol” se tornou o exemplo de maior destaque da atuação do GPUIM, visto o volume de publicações de membros do grupo em importantes revistas científicas nacionais e internacionais; o diálogo estabelecido com outros pesquisadores<sup>42</sup> sobre a temática; a participação em eventos; a repercussão na mídia e a utilização desses dados como legitimação discursiva para as medidas de restrição da comercialização e, conseqüente, judicialização do fármaco no estado do Ceará; além da institucionalização da Farmacovigilância no estado, através da criação do Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM-UFC), do Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE) e, por último, do Sistema Estadual de Farmacovigilância (SIFACE) como consequência direta do desenvolvimento das atividades do grupo e articulação com os órgãos estaduais.

Em sua tese para o concurso de professora titular na área de fármacos e medicamentos da Universidade Federal do Ceará, a docente e coordenadora do grupo Helena Lutécia Luna Coelho, apresentou o processo de criação e os passos iniciais da pesquisa sobre o misoprostol,

---

<sup>41</sup>*EUA aprovam droga antiúlcera*. Jornal O Estado de São Paulo, 29.12.1988, p. 13.

<sup>42</sup>Através da Revista *The Lancet* é possível perceber o diálogo entre a produção acerca do misoprostol. Em alguns artigos, pesquisadores de outros estados e até mesmo de outros países escrevem citando diretamente o trabalho desenvolvido no GPUIM ou, de maneira indireta, trazem tais pesquisas nas referências bibliográficas. Fato que nos permite perceber o alcance da produção desenvolvida pelo grupo.

documento este utilizado nesta tese para a coleta de informações e dados sobre o início da pesquisa do GPUIM acerca do referido remédio e seus desdobramentos institucionais e sociais.

A partir de agora, me dedico a apresentar e examinar a produção do conhecimento e discursos sobre este medicamento que se tornou fundamental para restrição da sua comercialização e controle do uso. A investigação de fontes sobre a atuação do GPUIM se deu, no primeiro momento, através da busca por artigos científicos assinados por membros do grupo. Inicialmente, o grupo era composto por 11 membros<sup>43</sup> sob a coordenação da professora Helena L. L. Coelho. Essa composição era flexível, vista a possibilidade de entrada e saída do grupo conforme interesse individual. Entre os nomes identificados, quase totalidade dos participantes à época da pesquisa estavam cursando os semestres finais da graduação em farmácia, com exceção do médico Walter Fonseca, que no período inicial das pesquisas cursava doutorado em saúde coletiva na Universidade de Londres.

Após a leitura dos primeiros trabalhos identificados, segui as indicações presentes no material que levou a descoberta de novas fontes. No total, analiso 10 artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais entre os anos de 1991 e 1998, assinados exclusivamente por membros do grupo, conforme o anexo 1. Vale salientar que, nessa busca, me deparei com artigos de outros pesquisadores que citam ou dialogam diretamente com a pesquisa desenvolvida pelo GPUIM. Estes também farão parte da análise, porém, não foram listados como produção específica do grupo. Atento para este ponto com o intuito de demonstrar como o trabalho desenvolvido no âmbito do GPUIM repercutiu no meio acadêmico-científico. Evidencio que no decorrer deste trabalho, a menção e análise de artigos científicos será recorrente, sendo estes um conjunto importante de fontes da pesquisa ora desenvolvida. Isso se faz devido ao fato de que estes são importantes ferramentas de difusão e diálogo no campo científico e acadêmico. Ao lidar com campos científicos que realizam pesquisas e precisam tornar público os resultados, a publicação de artigos em revistas científicas se soma aos elementos de construção do próprio conhecimento. Para corroborar com a análise das fontes supracitadas, contamos com a documentação encontrada no arquivo

---

<sup>43</sup> Adolfo Ítalo Pinheiro de Oliveira; **Ana Claudia de Araújo Teixeira**; Ana Paula Cândido Santos; **Domingos Sávio de Carvalho Sousa**; Eliane Barros Forte; Eveline Barros Forte; Maria Cristina Alcântara Monte; Maria de Fátima Silva Cruz; **Paulo Sérgio Dourado Arrais**; Regina Maria Vale de Carvalho; Sandra Luzia de Paula Gonzaga. Destacamos os participantes mais presentes nas publicações, acrescentando o nome de **Walter Fonseca** que não está listado, mas assina muitos dos artigos com os demais membros.

institucional do grupo<sup>44</sup>, além dos jornais e revistas de ampla circulação e documentos técnicos.

De acordo com o material e informações produzidas pelo GPUIM, concluo que o trabalho sobre o Caso Misoprostol teve duas prioridades: primeiramente, comprovar que o Cytotec estava sendo amplamente comercializado com finalidades abortivas, portanto, de forma *indevida*; em segundo lugar, apontar para o risco teratogênico do medicamento e, dessa forma, confirmar sua insegurança para as usuárias. Diante das duas preocupações, a atividade do grupo se direcionou em buscar controlar a oferta deste medicamento no mercado cearense e posteriormente no brasileiro, através da influência de suas publicações e rede de interlocutores, fato este que teve como consequência a criação de medidas que regulamentaram sua comercialização e uso em todo território nacional. Não afirmo que foi exclusivamente a atuação do GPUIM que baseou o aparelho regulatório sobre o misoprostol, mas que a ampla circulação da pesquisa colaborou para o enquadramento desse medicamento como um problema de saúde pública e, porque não dizer, de ordem moral e jurídica. Uma vez que o argumento científico utilizado, ou seja, o uso *indevido* e o risco teratogênico, transformaram-se em artifícios jurídicos e morais para a proibição da livre comercialização no país.

É possível identificar que a pesquisa do GPUIM sobre o “caso misoprostol” teve três fases distintas para chegar aos resultados sobre a disseminação do uso do medicamento como abortivo. Foram elas: 1) A pesquisa de campo sobre a indicação do Cytotec como abortivo nas farmácias; 2) A investigação sobre a “epidemia de curetagem” na Maternidade Escola Assis Chateaubriand através da análise dos prontuários; 3) A busca pelo conhecimento sobre a experiência do uso a partir de entrevistas com mulheres que usaram o medicamento. Vale salientar que os dois primeiros pontos são os mais expressivamente discutidos nos artigos, assim como difundidos através da mídia. Para a exposição aqui proposta, não me deterei nessa divisão, pois considero inadequado para fins de análise, visto que os dados são apresentados pelas fontes de forma concomitante. Tem-se, portanto, o objetivo de discutir esses aspectos a fim de problematizar a atuação do GPUIM e seu importante destaque no conhecimento produzido em torno do Cytotec que prevaleceu como verdade, como *fato* científico.

---

<sup>44</sup> A sede do GPUIM funciona no Departamento de Farmácia da UFC. Informações gerais podem ser encontradas na página <http://www.gpuim.ufc.br/>.



### 2.2.1 O Cytotec como abortivo e a questão do uso *indevido*

Entre os anos de 1986 e 1987, observa-se que as notícias sobre o misoprostol na imprensa brasileira se concentraram na divulgação da inserção deste no mercado farmacêutico brasileiro e em publicidade. Os primeiros achados quanto à propriedade abortiva se deram a partir de 1988. Para mencionar apenas um exemplo, no Jornal O Globo de 1988, foi identificado seis notícias em que a utilização do medicamento para fins abortivos foi denunciada, todas concentradas entre os meses de outubro e dezembro. Acredito que estas foram impulsionadas pela aprovação do medicamento nos EUA, fato este que repercutiu nos veículos midiáticos e, possivelmente, atraiu maior interesse sobre a presença do fármaco no Brasil.

No dia 11 de dezembro, o caderno *Ciência e Vida* apresentou a seguinte manchete “Droga contra úlcera provoca aborto<sup>45</sup>”. Ocupando espaço importante na página, a notícia traz aspectos relevantes para a discussão que se iniciaria em torno do medicamento a partir daquele momento. A primeira questão levantada é a comparação entre o impasse para a aprovação do misoprostol pela FDA com a livre comercialização do mesmo no Brasil desde 1986. Como consequência da facilidade de obtenção da droga no Brasil, esta teria ganhado mais adeptos entre os obstetras do que entre os gastroenterologistas, “o uso do Cytotec como abortivo acabou se tornando de conhecimento geral, sendo atualmente uma das drogas mais procuradas nas farmácias por mulheres pobres que desejam encerrar uma gravidez” (O Globo, 1988: 42). Esse trecho traz um fato importante sobre o Cytotec, sua utilização como abortivo foi, principalmente, associada às mulheres pobres. Este aspecto coloca duas problemáticas em pauta, sendo elas: 1) a ausência ou insuficiência de políticas de planejamento familiar no país, como apontado por alguns artigos dos quais tratam sobre a disseminação do misoprostol como abortivo, sendo este um último recurso ao qual as mulheres pobres recorrem diante de uma gravidez não planejada; 2) a vigilância desse mesmo medicamento significou também o controle da autonomia das mulheres – com destaque àquelas que são pobres – sobre a própria sexualidade e reprodução? Inúmeros trabalhos discutem como o corpo das mulheres e, principalmente das que são pobres, é alvo constante da intervenção externa, seja para incentivar ou evitar a gravidez de acordo com o interesse do Estado. O trabalho de Valderiza Almeida Menezes discutiu como o contexto de uma política neomalthusiana de controle demográfico implementada pelos Estados Unidos permitiu que entidades como a Sociedade

---

<sup>45</sup> Droga contra úlcera provoca aborto. Jornal O Globo, 11.12.1988, p. 42.

Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, doravante denominada BEMFAM, atuasse no Brasil com o sentido de orientar mulheres de regiões carentes ao uso da contracepção através da distribuição gratuita de pílulas anticoncepcionais (Menezes, 2012). Este é um debate importante sobre as políticas de contracepção e reprodução voltadas para os corpos femininos e que será discutido posteriormente. Destaco aqui, portanto, a importância de perceber as iniciativas do Estado no tocante ao controle de natalidade como ferramentas de comando da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres que é, muitas vezes, direcionada a partir dos interesses do Estado e da sociedade na qual as políticas estão inseridas.

Ainda na notícia analisada, a discordância entre especialistas sobre a eficácia do misoprostol como abortivo é apresentada a partir do posicionamento de médicos obstetras de diferentes instituições. Para o diretor da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Antônio Carlos Montenegro, a utilização indevida do misoprostol colocava em risco a saúde da mulher:

[...] os restos ovulares ou placentários deixados por aborto malfeitos ou incompletos podem provocar infecções e hemorragias, que por sua vez podem causar sinequias uterinas e obstruções tubárias que podem levar a mulher à esterilidade, ou ainda coagulação intravascular disseminada e choque hipovolêmico, que podem levar à morte em consequência de sequelas neurológicas, edemas agudos do pulmão e parada cardíaca (O Globo, 1988: 42).

Descrito como um abortivo ineficaz, a consequência do uso do misoprostol acarretaria as possíveis consequências detalhadamente expostas pelo médico. Tais considerações não são compartilhadas pelos dois obstetras da Maternidade Fernando Magalhães que também foram consultados pela reportagem, para os quais o Cytotec é um abortivo eficaz principalmente quando utilizado nos três primeiros meses de gestação.

O debate sobre a eficácia, ou seja, a importância do misoprostol para a área da ginecologia e obstetrícia é recorrente nas fontes. Vale destacar que o posicionamento contrário ao êxito poderia se justificar pela intenção de não estimular o uso do medicamento. Alguns médicos, cientes do potencial abortivo da droga, poderiam optar por desaconselhar o uso baseado no fato de que o abortamento não seria completo e acarretaria riscos para a mulher. Assim, o medo dos possíveis riscos para a saúde impediria que elas buscassem usar o misoprostol.

Os indícios de que o uso do misoprostol para fins abortivos estava disseminado em muitos estados do país é perceptível através das notícias que destacam casos em diferentes

regiões. O Conselho Estadual de Direitos da Mulher do Rio de Janeiro – CEDIM/RJ – manifestou sua preocupação com o crescente uso do misoprostol para a prática abortiva<sup>46</sup>. A denúncia fazia referência a informação de médicos obstetras da cidade de João Pessoa/PB, “um número crescente de mulheres tem procurado atendimento de urgência por aborto e hemorragia após o uso do medicamento” (O Globo, 1988: 4). As duas representantes do Conselho, Silvia Levy e Sonia Fassini, questionaram a Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED) sobre a antecipada aprovação do misoprostol no Brasil em contraste com o que ocorria nos EUA. Suscitaram, inclusive, a possibilidade de que as brasileiras figurassem como cobaias para os testes de segurança do medicamento. Não era novidade a desconfiança acerca da indústria farmacêutica norte-americana e a realização de testes na população brasileira. Em 1986, a pesquisa realizada no Brasil com o implante subdérmico contraceptivo Norplant® foi acusada de ter vários problemas éticos e utilizar as mulheres brasileiras como cobaias ao não informar os riscos e efeitos colaterais do produto (Pimentel, et al., 2017). Portanto, a não liberação do misoprostol no seu país de origem gerava grande desconfiança dos órgãos reguladores e fiscalizadores em território brasileiro e, por isso, as representantes do Conselho suplicavam por medidas mais rígidas de controle dos medicamentos.

Apesar da problemática da disseminação do misoprostol como abortivo já ganhar espaço na mídia e receber atenção de profissionais e gestores de instituições ligadas à temática, neste período não foi identificado nenhum estudo sistematizado sobre tal questão. A pesquisa realizada pelo GPUIM surgiu nesse contexto de demanda por conhecimento e informações sobre o medicamento, seus usos e possíveis riscos para as mulheres brasileiras.

Analiso a atuação do GPUIM principalmente através da produção científica disseminada através de artigos científicos. Para o objetivo aqui delimitado, ao todo foram examinados 10 artigos publicados entre os anos de 1991 e 1998. Todos eles partem dos dados obtidos através da pesquisa inicial desenvolvida no ano de 1990 nas farmácias de Fortaleza e na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, posteriormente complementados com novos dados.

A partir da avaliação dos artigos, nota-se que as publicações podem ser categorizadas de acordo com seus objetivos em dois grupos, sendo eles comunicação científica e divulgação científica (Valerio e Pinheiro, 2008), partindo da observação dos seguintes aspectos: a revista

---

<sup>46</sup> *Medicamentos*. Jornal O Globo, 24.12.1988. p. 4.

na qual o artigo foi publicado, a linguagem e as informações apresentadas<sup>47</sup>. Desta forma, os artigos divulgados na Revista The Lancet (4); Contraception (1); Revista Saúde Pública (1) configuram o que chamamos de comunicação científica, pois possuem uma linguagem mais técnica quanto à apresentação dos resultados das pesquisas e utilizam os dados de forma mais detalhada. Com estas características, os trabalhos ali difundidos tendem a ser direcionados aos pares, ou seja, sujeitos do mundo acadêmico e científico com os quais os estudos pretendem dialogar e/ou se fazer legítimos. Por outro lado, os artigos publicados na Revista Ciência Hoje (1); Ciência e Cultura (1); Revista Femina (1) e Revista Saúde Pública (1) tendem a se apresentar com o objetivo de divulgar, tornar conhecido, as pesquisas em andamento e seus resultados para um público mais amplo. Por este motivo, apresentam uma linguagem menos técnica, assim como relacionam os dados obtidos a problemas sociais com os quais os trabalhos conversam. Nesse sentido, os artigos demonstram a relevância social de tais investigações e o apelo que possuem no campo da saúde pública. Embora a estrutura dos trabalhos mude, não é possível dizer que eles fossem direcionados a um público totalmente leigo, visto que as revistas ainda possuem circulação restrita a grupos minimamente interessados nas pesquisas científicas. Portanto, convém pensar que esses trabalhos só se tornaram conhecidos por uma maior parcela da sociedade quando foram veiculados pelas grandes mídias, por exemplo, como jornais e televisão.

Os artigos acima citados possuem em comum o ponto introdutivo das investigações do GPUIM sobre o misoprostol. Enquanto o primeiro artigo, em 1991, apresenta o trabalho inicial de coleta de dados em campo, o último, em 1998, retoma tal investigação e coloca novas questões a partir da atualização da pesquisa, problemáticas e seus desdobramentos.

A investigação farmacoepidemiológica desempenhada pelo grupo consistiu, primeiramente, em visitas às farmácias da cidade de Fortaleza. Das 440 registradas no Conselho de Farmácia de Fortaleza à época, 103 foram visitadas pelos pesquisadores. Nove estudantes do curso de farmácia da UFC acompanhados de um farmacêutico formado foram treinados para simular situações no balcão da farmácia. As mulheres fingiam precisar solucionar um problema íntimo, já os homens pediam indicações para supostas namoradas. Em todos os casos, na primeira visita, os pesquisadores informavam gravidez de um mês. Na segunda visita, aumentavam o período para três. Com esse artifício, os investigadores

---

<sup>47</sup> De acordo com Palmira Mariconi Valerio e Lena V. Ribeiro Pinheiro, podemos traçar a diferença entre os dois campos a partir do entendimento de que “a comunicação científica é a forma de estabelecer o diálogo com o público da comunidade científica – comunicação entre os pares -, a divulgação científica visa à comunicação para o público diversificado, fora da comunidade científica” (Valerio e Pinheiro, 2008:161).

chegaram aos seguintes dados: o uso do misoprostol sozinho foi indicado em 71 das visitas e o uso do misoprostol combinado com outros medicamentos foi apontado em 28. No total, o misoprostol foi assinalado em 99 das visitas feitas nas 103 farmácias (Coelho et al, 1991). A recomendação de uso variava entre somente ingestão oral e combinando ingestão oral e introdução vaginal.

Tabela 4 – Indicação do misoprostol como abortivo nas farmácias de Fortaleza

Indicação	1 mês	3 meses	Total
Misoprostol	43	28	71
Misoprostol com outras drogas	16	12	28

Fonte: Selling abortifacients over the counter in pharmacies in Fortaleza – Brazil. The Lancet, Londres, nº 8761, 1991. p.247.

Os números apontam que, nas gestações de um mês, a indicação do Cytotec significava maior eficácia para indução do aborto na fase inicial, já nas gestações mais avançadas a efetividade do produto podia ser duvidosa e, por isso, menos indicada pelos balconistas. Esta fase da pesquisa mostrou como os atendentes nas farmácias assumiram papel crucial na indução dos indivíduos ao consumo de determinados medicamentos e não outros, muitas vezes, distorcendo a prescrição médica promovendo a *empurroterapia*, ou seja, a venda da maior quantidade possível de medicamentos. Vale lembrar que em muitos casos, os indivíduos substituem o consultório médico pelos balcões das farmácias e estas assumiram, dessa forma, papel importante na difusão dos produtos farmacêuticos (Barros, 1983; 1995). Essa prática se constituía como danosa e poderia resultar em morte. A matéria abaixo destaca que, segundo os dados do Ministério da Saúde, registrava-se anualmente cerca de 9 mil casos de intoxicação medicamentosa por uso *indevido* e, somente no ano de 1988, 102 mortes foram consequência dessa prática. De acordo com o farmacologista Luiz Gonçalves Paulo, consultado pelo jornal, um dos fatores que colaboravam para esse cenário era a ausência de profissionais farmacêuticos nas farmácias, além da vigilância ser totalmente ineficaz no país, beneficiando assim a empurroterapia que favorecia os comerciantes interessados em vender os remédios mais caros (Jornal do Brasil, 1994: 8).

# OS PERIGOS DA AUTOMEDICAÇÃO

Remédio tomado sem orientação certa é principal causa de intoxicação nas cidades

ALICIA FERNANDEZ

Fortes dores de cabeça, indigestão, problemas musculares em músculos importantes, acidez, náuseas, vômito, são remédios na farmácia. A busca de um alívio imediato para o mal-estar levou a maioria dos usuários críticos que atentam a qualquer preço aos sintomas de intoxicação em balcão. A urgência em resolver o problema, amontado, não sempre leva a um diagnóstico feliz. Registrar-se cerca de 9 mil intoxicações provocadas por medicamentos a cada ano no país.

Essa situação, entretanto, é provavelmente menor, porque há uma subnotificação de casos — aponta Maria Elze Bertolotto, diretora do Centro de Informações da Fundação Oswaldo Cruz e coordenadora do Sistema Nacional de Informações Toxicofarmacológicas (Sintox). Ela explica que os dados baseiam-se nos registros de 25 centros de intoxicação do país. “Como a notificação é esporádica e praticamente inexiste em centros descentralizados na Região Norte, estima-se que o número de intoxicações medicamentosas seja bastante superior ao levantado”.

Nas grandes cidades urbanas, — Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Porto Alegre e Belo Horizonte — os medicamentos reportam-se a primeira causa de intoxicação acidental e voluntária. Entre os medicamentos, a intoxicação mais comum se deve ao uso de psicotrópicos — drogas que agem no sistema nervoso central e que são as mais responsáveis em todo o mundo para

traçar sintomas, distúrbios neurológicos e psiquiátricos.

Mortes — Além das intoxicações danosas, para o organismo, o uso abusivo do material de medicamentos pode provocar a morte. Segundo o último levantamento realizado pela Associação da Saúde — Estatística de mortalidade do Brasil —, em 1988, ocorreram 182 mortes por intoxicação medicamentosa.

A provocação com os efeitos nocivos da automedicação levou a Central de Medicamentos, do Ministério, a lançar recentemente a campanha nacional *“Não se automedique, procure um médico. É o melhor remédio”*.

Não é para menos. Segundo dados da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifar), cerca de 90 milhões de pessoas são abastecidas de automedicações.

Indústria — A indústria farmacêutica (setor, anualmente, cerca de US\$ 2 bilhões, sendo US\$ 1,2 bilhões provenientes da venda de remédios sem receita médica. Essas informações estão reunidas no livro *“Estatística, produção e saúde”*, da editora de Bertolotto, que acaba de ser lançado pela Faccru.

A autora destaca que a prática da automedicação no país é um problema sócio-econômico-cultural. “As pessoas desistem de procurar o médico pelo seu baixo poder aquisitivo e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde”, analisa. “É o caso da mulher que vive um problema semelhante e resolve dar o alívio para a amiga, ou do vício de antibiótico que sofreu do marido e passa a ser aprovado pela mulher”.

## Incentivos e limites

A necessidade de receita médica para obter o remédio deviado pode ser uma limitação na busca imediata de alívio dos sintomas dolorosos. A observação de Luiz Gonçalves Prado, chefe do Departamento de Farmacologia da USP, que lembra que a Organização Mundial da Saúde orienta a automedicação como último recurso.

“Se, para tomar uma Aspirina, fosse necessário recorrer a autorização de um médico, o sistema de saúde não prosperaria, deixando grande parte da população sem atendimento”, explica o farmacologista.

Um aumento e necessidade de atuação de 90 mil a 147 mil postos de saúde suburbanos, o que, se estendido até os distritos da FID, (segura norte-americana que controla drogas e alimentos) A H. Hansen, seria um desafio financeiro e a destruição do sistema de saúde.

Prado diz que há um grupo de medicamentos — classificados para uso sem prescrição médica — que podem ser tomados com grande margem de segurança. “Nesses casos, a automedicação é recomendada”, observa. Alguns exemplos são os analgésicos, relaxantes, beta-



## ‘Empurroterapia’ é regra no balcão

A automedicação pode ser ainda mais grave quando passa a ser induzida. Se, por um lado, há campanhas públicas — como a de incentivo ao uso de soro caseiro — que servem para proteger a população de determinados riscos, por outro, existem propagandas que podem levar o público a tomar medicamentos com fins exclusivamente comerciais. Por onde é a empurroterapia feita nas farmácias por balconistas, que tentam induzir à aquisição de remédios que vendem no período sob apresentação de receita.

A indicação em balcão de farmácia pelo longo uso de farmácia, que passa a substituir o médico ou o farmacêutico. Luiz Gonçalves Prado, da USP, diz: “Seja porque vende um remédio sem poder a receita, seja porque recomenda outro produto no lugar do solicitado, essa pessoa pode pagar malta e pena de detenção de seis meses a dois anos”.

Fiscalização — Prado diz que a empurroterapia é muito difundida no país porque a vigilância é totalmente ineficaz. “Os órgãos que fiscalizam o comércio farmacêutico e a atividade ética do farmacêutico na farmácia não têm papel”, afirma o farmacologista.

Segundo ele, a ausência de órgãos de vigilância permite que as farmácias funcionem sem a presença dos farmacêuticos e legitimem a empurroterapia. Luiz Prado diz que essa prática ajuda a beneficiar os comerciantes e as farmácias intermunicipais, quando mais produtos foram vendidos e quanto mais valores foram os remédios empurrados pelo balcão.

Balconista — O problema da ausência de profissionais nas farmácias não passa estar no número insuficiente de pessoas preparadas. O país conta com 47 mil balconistas para 90 mil farmácias. “Por isso, o farmacêutico de volta atrás na farmácia”, afirma Prado. “Como não há um controle rigoroso, a empresa se torna a farmácia para que se faça todo tipo de balcão no balcão”.

O farmacologista destaca também o interesse da indústria farmacêutica, no sentido de impedir, em períodos de poucos medicamentos, o acesso ao medicamento para ampliar o número de pessoas em

Fonte: Jornal do Brasil, 23/01/1994, pág 8. Fonte: Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Para o campo profissional farmacêutico essa é uma questão latente, visto que os balconistas disputam espaço nas farmácias e tendem a orientar o atendimento ao paciente para os produtos bonificados, ou seja, aqueles em que a venda significa maior lucro/porcentagem para o atendente (Barros, 1983; 1995). A transformação das farmácias em estabelecimentos de caráter puramente comercial e voltados para o comércio de produtos exclusivamente industrializados afastava o farmacêutico de um passado glorioso em que era responsável também pela preparação dos produtos e não visto apenas como vendedor (Edler, 2006).

A investigação do GPUIM não desconsiderou este fato, pois ao mesmo tempo em que cobrou o maior controle sobre a comercialização de medicamentos, também apontou que a indicação do misoprostol como abortivo foi feita, em muitos casos, pelos balconistas e não por farmacêuticos. Isso significa que, entre os profissionais adequadamente capacitados para tal atuação, o risco de indicação *irracional* e *indevida* de medicamentos poderia ser menor. Reforçando, portanto, a obrigatoriedade de profissionais farmacêuticos formados e qualificados, atuando nas farmácias como responsáveis técnicos pela dispensação dos medicamentos.

Ao tratar sobre a disseminação do medicamento no país, é comum o questionamento sobre a origem da indicação da utilização do misoprostol como abortivo. Uma das hipóteses alega que o conhecimento sobre a propriedade abortiva tenha surgido nas próprias farmácias, pois os balconistas de posse da bula identificaram a ação de contração da musculatura uterina consequente do uso do medicamento. Portanto, era possível testá-lo para fins abortivos. As bulas carregam o aspecto de promoção dos medicamentos, pois são elas também ferramentas que facilitam ou favorecem a automedicação, assim “a bula se transforma com frequência em burla” (Barros, 1983: 382). As indicações e informações descritas na bula serão discutidas logo em seguida.

Porém, não é possível identificar uma única origem da disseminação do Cytotec como abortivo. Como ressaltam Barbosa e Arilha, “as farmácias, os médicos, o laboratório, as próprias mulheres e a mídia impressa e televisiva fizeram parte de uma grande cadeia que se complementou” (Barbosa e Arilha, 1993: 414). A disseminação do potencial abortivo do Cytotec aconteceu, nesse sentido, até mesmo através dos artigos científicos que buscaram condenar o uso *indevido* e, ao mesmo tempo, forneceram informações importantes sobre a eficácia do medicamento para a prática do aborto. Como visto no capítulo anterior, a propriedade uterotônica das prostaglandinas era conhecida desde as primeiras pesquisas sobre as substâncias. Portanto, não se pode pensar a indicação do misoprostol como abortivo como um evento “acidental”. Muitos dos sujeitos envolvidos na extensa rede de divulgação e indicação do medicamento eram detentores de conhecimentos sobre sua ação e sabiam, dessa forma, que sua aplicação poderia levar ao aborto. A partir do momento que esse conhecimento atravessou a fronteira entre os “especialistas” e foi apropriado pelos “outros, os demais” viu-se a disseminação do uso como abortivo crescer e circular entre diversos espaços e grupos sociais.

Se a origem da indicação é incerta – embora não impossibilite o estudo aqui desenvolvido –, a disseminação do aborto com misoprostol contou com outros atores para além dos balconistas. A indicação feita por ginecologistas é criticada pelo médico e professor Pedro Paulo Monteleone da Escola Paulista de Medicina. Segundo ele, a indicação do misoprostol para abortar era feita por alguns ginecologistas “que não querem assumir a responsabilidade de fazer uma curetagem” (O Estado de São Paulo, 1990:18). Os perigos para a saúde da mulher são novamente destacados, “o Cytotec pode provocar contrações violentas e causar hemorragias ou deslocamento do útero” (Ibidem).

Imagem 14 – Cytotec: riscos de hemorragias e deslocamento do útero



Fonte: Jornal O Estado de São Paulo. São Paulo, 19.07.1990. p. 18.  
Disponível no acervo online do Jornal O Estado de São Paulo.

A frequência da indicação do misoprostol como abortivo nas farmácias pode ser cruzada com as informações de vendas disponibilizadas pelo laboratório Biolab-Searle, conforme tabela abaixo.

Tabela 5 – Vendas do Cytotec no Brasil: janeiro de 1989 a agosto de 1992

Estado/Ano	1989	1990	1991	1992
Acre	-----	800	1430	-----
Alagoas	13828	8126	10068	1544
Amazonas	6000	9680	3220	-----
Bahia	70298	51773	56690	26881
<b>Ceará</b>	<b>26737</b>	<b>23031</b>	<b>12045</b>	<b>114</b>
Distrito Fed.	7373	4626	2591	767
Espírito Santo	13792	9301	10817	2530
Goiás	24337	29527	35266	3544
Maranhão	27334	17418	28450	4170
Minas Gerais	26507	21847	39041	4060
MS	7190	3992	4113	1144
Mato Grosso	5375	6196	6888	240



Pará	13873	17314	22102	930
Paraíba	13873	4757	9819	4940
<b>Pernambuco</b>	<b>40909</b>	<b>18008</b>	<b>37624</b>	<b>8974</b>
Piauí	2894	1626	1782	3387
Paraná	24117	18949	21804	1454
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>43646</b>	<b>54257</b>	<b>39653</b>	<b>9281</b>
RN	10675	9501	8291	3512
Rondônia	3800	3100	5010	-----
Roráima	13792	2900	3800	-----
RS	16017	20619	26247	7695
Santa Catarina	7189	4691	6910	1433
Sergipe	13805	5813	8346	304
São Paulo	136661	141789	169817	9528
Total	584313	494641	572184	96432
Tabletes	16360764	13849948	16021152	2700096
Doses (Úlcera)	41737	35331	40870	6888
Doses (Aborto)	20868	17665	20435	3444

Fonte: Acervo institucional do GPUIM

Informações sobre a tabela:

Obs.1: As vendas estão expressas em números de caixas. Cada caixa contém 28 tabletes.

Obs.2: 1 tablete de misoprostol contém 200µg (5600µg/caixa). Dose usual para tratamento de úlcera: 400µg (14 doses por caixa). Dose usual para aborto: 800µg (7 doses por caixa).

Percebe-se números bastante altos de vendas em muitos estados do país. Vale destacar os da Bahia, que supera o Ceará em todos os anos apresentados. No estado cearense, o pico das vendas ocorreu no ano de 1989, e a queda dos números a partir de 1991 se justifica pela restrição da comercialização ocorrida em julho do mesmo ano. Faz-se notável também os números do Rio de Janeiro, local onde se apresentaram as primeiras notícias do uso como abortivo e em Pernambuco, onde foi realizado inquérito semelhante ao proposto pelo GPUIM em Fortaleza.

A partir da técnica de simulação de quadros clínicos, José Augusto Cabral de Barros apresenta dados coletados em farmácias de três bairros de Recife no ano de 1990<sup>48</sup>. De acordo com o autor, quando informado atraso de um mês, os balconistas indicaram Cytotec em 40% das visitas feitas. Já quando o atraso informado era de três meses, o medicamento foi indicado em 44% das vezes (Barros, 1991: 95), essas informações destoam daquelas encontradas em Fortaleza, onde o Cytotec foi menos indicado nas gestações mais adiantadas. Não encontramos referências a esta pesquisa nos jornais pesquisados, as duas únicas foram feitas juntamente à pesquisa do GPUIM.

O alto número de caixas vendidas também foi um fator que colaborou para o entendimento da maior utilização do misoprostol com o propósito abortivo. Considerando a quantidade necessária para o tratamento contra úlceras ser menor do que o usual para a indução ao aborto, os valores acima mostrados se justificariam, de acordo com os pesquisadores, pelo desvio de uso do medicamento.

O segundo passo da investigação se deu através da análise retrospectiva dos prontuários de internamento para curetagem pós-aborto entre os anos de 1986 e 1990. O ambiente escolhido foi a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencente ao Complexo Hospitalar Universitário da UFC. Considerada uma das principais maternidades da cidade e por sua ligação com a Universidade, observo que a escolha deste local se dá pela proximidade física entre o departamento e a maternidade, já que ambos pertencem ao Centro de Ciências da Saúde localizado no Campus Porangabussu e pela maior facilidade de acesso dos pesquisadores aos registros ali armazenados, uma vez que a maternidade escola é espaço de aprendizagem e pesquisa dos cursos ofertados pela Universidade. É possível, inclusive, que através do atendimento das mulheres com entrada para curetagem, a ação abortiva do misoprostol tenha ganhado destaque entre os médicos da maternidade e dos pesquisadores da Universidade e, dessa forma, se tornado uma questão interessante para os pesquisadores do departamento de farmácia.

De acordo com os resultados apresentados, a utilização do Cytotec para a prática do aborto apresentou rápido crescimento. Os anos de 1986 e 1987 não possuem registro quanto ao uso do medicamento. Isso se dá pelo curto tempo de existência da substância no mercado,

---

<sup>48</sup> A única informação encontrada sobre esta pesquisa está no capítulo “A medicalização da mulher no Brasil” publicado no livro *O Marketing da Fertilidade: menstruação, aborto, indústria farmacêutica*. Editora Hucitec: São Paulo, 1991. pp 81-110. Já no artigo *A experiência brasileira com o Cytotec*, as autoras Regina M. Barbosa e Margareth Arilha também fazem referência a essa pesquisa, mas utilizando o mesmo capítulo citado acima como fonte de referência. Não foi possível identificar outras fontes com relação ao estudo realizado em Recife. Os mesmos dados foram apresentados novamente pelo autor sem novas informações no livro “Propaganda de Medicamentos: atentado à saúde?”. Editora Hucitec: São Paulo, 1995.

o que poderia ainda não ter revelado seu potencial abortivo, ou mesmo pela ocultação deste fato pelas mulheres. Já entre os anos de 1988, 1989 e 1990 os números de internações para curetagem com uso do Cytotec foram 20, 139 e 524, respectivamente (JFCE, 1991: 33; Coelho, 1991: 60), o que representou evolução significativa de acordo com a pesquisa estabelecida.

Tabela 6 – Abortamentos provocados na MEAC (UFC) entre 1986 e 1990

<b>Discriminação</b>	<b>1986</b>	<b>1987</b>	<b>1988</b>	<b>1989</b>	<b>1990</b>
Total de atendimentos	149843	116124	119357	200370	141201
Total de abortamentos	1863	1358	1167	1505	1896
<b>Total de abortamentos provocados</b>	<b>125</b>	<b>108</b>	<b>164</b>	<b>249</b>	<b>715</b>
Abortamento provocado por curiosas e curiosas + uso de medicamentos	52	52	52	20	9
Abortamento provocado por outros medicamentos	23	23	52	39	67
<b>Abortamento provocado por Cytotec e Cytotec + outros medicamentos</b>	-	-	<b>20</b>	<b>139</b>	<b>524</b>
Abortamento provocado sem a informação do método	50	33	40	51	115

Fonte: Dados de atendimento registrados conforme a discriminação na MEAC/UFC. Fortaleza – CE (1986 a 1990). Anexo da Ação Civil Pública na Justiça Federal do Ceará.

Os dados demonstraram que a introdução do Cytotec levou também a diminuição dos outros métodos utilizados para a indução do aborto, inclusive mais perigosos para a saúde das mulheres, como a inserção de materiais pontiagudos no útero, o consumo de mistura de ingredientes com potencial tóxico, entre outros. Diante dos métodos disponíveis, as mulheres tendem a recorrer aqueles que oferecem menores riscos a própria saúde. Em entrevistas realizadas na cidade de Porto Alegre com mulheres idosas com mais de 60 anos, Flávia de Mattos Motta apresenta relatos sobre os saberes populares e femininos no tocante à prática do aborto, geralmente feito no ambiente familiar com a ajuda de outras mulheres de confiança. Em um dos relatos, “Branca interrompeu diversas gestações: conta que tomava chá de picumã e chegou a introduzir “lá pra dentro” objetos pontiagudos, como talo de determinadas plantas,

para depois sofrer nas mãos do único doutor da pequena localidade onde morava” (Motta, 2015:101). Os métodos mais invasivos e agressivos são procurados somente quando todos os outros meios falharam (Ibidem). É justamente nesse sentido que o misoprostol passou a ocupar a primeira opção entre as mulheres que necessitavam abortar, pois se mostrava como um método menos doloroso diante das formas tradicionais de “fazer descer” menino.

A investigação realizada por Sarah Costa e Martin P. Vessey, *Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro/Brazil*, coletou informações sobre os determinantes de aborto induzido em sete hospitais públicos do Rio de Janeiro no ano de 1991. Dos 803 casos registrados, 458 admitiram o uso do misoprostol para tal fim. De acordo com os autores, as internações por complicações pós-aborto aumentaram cerca de três vezes após a disponibilidade e aumento das vendas do medicamento (Costa e Vessey, 1993: 1259). Os sintomas mais comuns que levavam as mulheres a procurar o hospital eram sangramento vaginal e câimbra uterina (Ibidem). Dentre os fatores que determinavam a escolha pelo uso do medicamento, estava a facilidade de acesso, a segurança e o preço. O misoprostol se apresentava naquele contexto como alternativa mais barata e segura, se comparado aos outros meios: as clínicas ilegais.

No mês de setembro de 1986, o jornal Diário de Pernambuco divulgou uma tabela constando o preço de novos produtos inseridos no mercado naquele mesmo ano<sup>49</sup>. Entre eles constava o Cytotec, presente desde julho daquele ano, com a caixa de 28 comprimidos custando CZ\$221,03. Praticamente um ano depois, em agosto de 1987, o anúncio da Farmácia Rio Niterói<sup>50</sup> apresentava a caixa de Cytotec por CZ\$ 451,00. Considerando que o salário-mínimo naquele mês correspondia a CZ\$1.970,00<sup>51</sup>, o valor do medicamento corresponde, aproximadamente, a 22% do salário. Este valor não nos parece baixo, mas considerando que a venda à retalho era prática comum e a quantidade usualmente utilizada para o aborto - 4 comprimidos - este método mostrava-se mais acessível às mulheres, chegando um comprimido a custar aproximadamente CZ\$16,10. Não temos como comparar estes valores com o preço do aborto cirúrgico feito em uma clínica clandestina, por exemplo, pois esse serviço não poderia ser ofertado abertamente nos anúncios dos jornais. No entanto, é possível inferir que, tratando-se de uma prática clandestina, os valores cobrados não seriam baixos.

---

<sup>49</sup> *Eis a tabela de preços dos produtos novos*. Jornal Diário de Pernambuco, 12.09.1986. p. A18.

<sup>50</sup> *Farmácia Rio Niterói*. Jornal O Globo, 09.08.1987. p. 13.

<sup>51</sup> Decreto-Lei nº 2.351 de 07 de Agosto de 1987. Institui o piso nacional de salários e o salário-mínimo de referência.

A partir das entrevistas, os pesquisadores identificaram que 596 mulheres estavam na faixa etária entre 19 e 34 anos. Do total das 803 entrevistadas, 167 delas possuíam de 3 a 5 filhos, além do fato de que 56% eram solteiras. Ainda informaram que a escolha do método se deu pela segurança diante dos demais (14%) ou por ser mais barato (13%), (Costa e Vessey, 1993). Detalhe importante está na dosagem utilizada pelas mulheres. Conforme citado acima, a dose usual para a prática do aborto estava na média de 800µg. A pesquisa demonstrou que entre 447 das participantes que relataram a quantidade de medicamentos utilizada, 162 delas utilizaram uma dosagem entre 600 e 800µg, enquanto outras 209 utilizaram entre 1000 e 5600µg. Deduz-se que, na tentativa de garantir o resultado esperado, muitas mulheres ingeriam doses elevadas de misoprostol, chegando mesmo a consumir todos os comprimidos da caixa (Ibidem).

Outro fato apresentado é que, apesar da existência de morbidade entre as pacientes que utilizaram o medicamento, este era apresentando de maneira menos severa do que para os demais casos, como a inserção de cateter ou outros métodos invasivos (Ibidem, p. 1260). Para os autores, a utilização do misoprostol se colocava como estratégia para a diminuição dos riscos que o aborto ilegal significava no Brasil:

Embora a maioria das mulheres ainda precisasse de evacuação cirúrgica do útero e, portanto, estivesse sujeita aos riscos associados a esse procedimento, seria esperado que o uso do misoprostol diminuísse a morbidade relacionada ao aborto e os custos de seu tratamento (Costa e Vessey, 1993: 1261).  
[Tradução nossa]

Em 1994, em extensa reportagem publicada pela Revista Veja, *A química do aborto: vendido à sombra da lei, o Cytotec ganha adeptas e muda o perfil do aborto no Brasil*, especialistas de diversas áreas foram consultados sobre a utilização do medicamento como abortivo. O ginecologista e obstetra José Aristodemo Pinotti, diretor do Hospital da Mulher em São Paulo, se posicionou “É mais seguro fazer um aborto com Cytotec que se submeter a uma curetagem ou raspagem do útero numa clínica clandestina. Mais seguro, sim. Isento de riscos, não.” (Veja, 1994: 43). Ainda na mesma reportagem, o professor titular da Universidade de São Paulo (USP) Marcelo Zugaib, diretor de obstetrícia do Hospital das Clínicas de São Paulo, corrobora com o posicionamento de Pinotti:

Apesar de todos os problemas, o fato é que, depois da generalização do uso do Cytotec, ficou quase impossível encontrar casos de infecções uterinas causadas por abortos malfeitos. Morre-se menos. Quanto? Nunca encontrei um caso de óbito causado por Cytotec, mas já vi vários ocasionados por outros métodos (Ibidem, p. 44).

Este posicionamento não era consenso. Tanto pesquisadores como médicos ginecologistas e obstetras demonstravam divergir quanto à vantagem do Cytotec sobre outros métodos abortivos, ou se ele era (é) realmente eficaz para este uso. Na mesma matéria, um médico de Salvador, não identificado pela revista, aponta para os riscos de malformação congênita pelo uso do medicamento.

A discussão sobre as vantagens ou desvantagens do misoprostol para uso abortivo em relação a outros meios fez-se presente nas falas do GPUIM. No artigo *Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza/Brazil*, os dados apresentados sobre evacuações uterinas após aborto incompleto fazem referência ao recorte de janeiro de 1990 a julho de 1992, período posterior à primeira pesquisa realizada pelo grupo, mas na mesma maternidade, MEAC-UFC. Assim como colocado por Costa e Vissey (1993), os pesquisadores do grupo defendiam que a falta de acesso à contracepção e a falha nos programas de planejamento familiar seriam a causa do grande número de abortos ilegais realizados no país. Esse contexto abriria espaço para a procura do misoprostol como solução. Porém, Coelho e equipe discordavam quanto à eficácia do medicamento como abortivo:

O aumento da evacuação uterina seria esperado, uma vez que **o misoprostol é um abortivo fraco e raramente provoca aborto completo**. Embora a taxa de complicações nos abortos induzidos pelo misoprostol, registrados no Hospital Obstétrico da Universidade Federal do Ceará, fosse menor do que com outros métodos [...] (Coelho et al, 1993: 1262). [Grifos nossos]

Ainda que médicos e grupos favoráveis aos direitos das mulheres apoiassem o uso do misoprostol como alternativa mais segura frente a outros métodos mais perigosos para a saúde das mulheres, o misoprostol também, de acordo com os autores, não estava isento de riscos. Sobretudo porque o conhecimento sobre o medicamento ainda era inconsistente e não permitia garantir a segurança do seu uso. Em um país como o Brasil, o uso do misoprostol como abortivo em larga escala se configuraria como um risco, pois não haveria assistência médica e hospitalar disponível para atender às complicações provocadas pelo medicamento. Assim, o misoprostol se apresentava como uma falsa solução (Ibidem).

A eficácia do misoprostol como abortivo e sua utilização como alternativa a meios mais perigosos foi tema de calorosas polêmicas sobre a presença do medicamento no país. De acordo com Regina Maria Barbosa e Margareth Arilha, principalmente a partir de 1988, o debate esteve focado em três pontos principais:

- A manutenção do medicamento no mercado, defendida por ginecologistas, por sua importância terapêutica na indução de partos e abortos retidos e por sua contribuição para a realização de abortos ilegais em situações de menor risco;
- A retirada do Cytotec do mercado, defendida por instituições ligadas à vigilância medicamentosa, por considerarem que esse medicamento estava sendo usado basicamente em função do seu efeito colateral;
- A retirada do mercado por questões de ordem moral, relacionadas à preocupação com o crescimento do número de abortos que o Cytotec estaria provocando (Barbosa e Arilha, 1993: 411).

Já nesse período, ginecologistas e obstetras defendiam a importância da disponibilidade do misoprostol para o uso ginecológico. Diante do baixo custo e por se configurar como uma substância estável, facilitando assim seu transporte e armazenamento, sua utilização para indução de contrações durante o parto e para a prática do aborto legal era vista como essencial e menos onerosa. Posteriormente, percebe-se que no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 o misoprostol assumiu um novo papel, entrando para a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e tendo seu uso ginecológico respaldado por importantes órgãos nacionais e internacionais, como o próprio Ministério da Saúde e OMS. Porém, manteve-se seu acesso restrito e inacessível (legalmente) para as mulheres, o que configura uma dupla cidadania do misoprostol no país (Zordo, 2016).

O segundo ponto apresentado pelas autoras diz respeito ao que busco analisar até o momento, o domínio do campo farmacêutico sobre os usos dados aos medicamentos, assim como a demanda por vigilância como consequência dos desastres envolvendo medicamentos, o que levou a institucionalização e normatização do controle sobre a oferta e consumo de fármacos no país em conexão com o movimento ocorrido no cenário internacional. Nas fontes analisadas até aqui, faz-se notável o discurso do GPUIM sobre a relevância da sistematização da vigilância sobre os medicamentos, tanto na esfera estadual, como nacional.

Por último, a questão moral que envolve os vários aspectos da sexualidade, principalmente aqueles que se referem à autonomia da mulher sobre seu corpo, sexualidade e reprodução. Diante da sabida ilegalidade do aborto no Brasil, grupos políticos, sociais e religiosos agem para coibir qualquer tipo de avanço nesta matéria, atuando em importantes espaços decisórios. Vários trabalhos se dedicaram a analisar como o debate sobre o aborto no Congresso, por exemplo, ocorre de forma a impedir qualquer avanço nas pautas referentes aos direitos das mulheres. Maria Isabel Baltar da Rocha (1996) discute como devido à presença cada vez maior das bancadas cristãs, sejam elas representadas por católicos ou evangélicos,

qualquer projeto de lei visando maior flexibilidade na norma esbarra no posicionamento rígido e conservador dos representantes políticos. Por outro lado, propostas que discutem o enrijecimento da lei tendem a ter grande receptividade, fazendo com que os grupos mais progressistas invistam sua energia em tentar impedir o retrocesso da legislação sobre aborto no país (Rocha, 1996).

A carta encíclica *Evangelium Vitae*, editada pelo Papa João Paulo II em março de 1995, defende o valor sagrado da vida humana desde a concepção até o término. Neste documento, os avanços da ciência aparecem como inimigos da vida humana no seguinte sentido:

Para facilitar a difusão do aborto, foram investidas – e continuam a sê-lo – somas enormes, destinadas à criação de fármacos que tornem possível a morte do feto no ventre materno, sem necessidade de recorrer à ajuda do médico. A própria investigação científica, neste âmbito, parece quase exclusivamente preocupada em obter produtos cada vez mais simples e eficazes contra a vida e, ao mesmo tempo, capazes de subtrair o aborto a qualquer forma de controle e responsabilidade social (João Paulo II, 1995: 11).

O documento pontifício mostra-se próprio ao contexto social. Não só pela disseminação da propriedade abortiva do Cytotec, mas principalmente pela aprovação e utilização da mifepristona (RU-486) como abortivo em vários países da Europa, como visto anteriormente. O advento de pílulas abortivas recolocava o aborto em discussão, agora sob uma nova égide: o conhecimento científico atuando, nesse sentido, como facilitador do aborto. Permitindo que as mulheres realizassem o “crime” sem necessitar de auxílio ou assistência hospitalar. Diante dessa evolução, a ciência aparece como algo danoso à sociedade.

Como ressalta Barbosa e Arilha, a escolha pelo Cytotec obedeceria a três padrões de motivos: o primeiro deles ligado à segurança, como já dito; o segundo, por facilitar a tomada de decisão com relação ao aborto; e em terceiro lugar, por facilitar o processo de abortamento em si (Barbosa e Arilha, 1993: 415). Em comparação com abortos praticados em clínicas clandestinas, o Cytotec oferecia condições de manter o ato em sigilo e no espaço doméstico, onde as mulheres poderiam recorrer apenas a outras mulheres do convívio próximo (mães, avós, amigas) para ajudar a ingerir os comprimidos. Estes aspectos aqui expostos de maneira breve serão retomados em capítulo adiante, quando trataremos sobre a luta dos movimentos



de mulheres em prol da autonomia sobre o corpo, sexualidade e direitos reprodutivos que envolvem a temática do aborto.

Diante de todos esses elementos, justificava-se a disseminação do Cytotec como método abortivo e a ampla utilização que este teve no país sendo, muitas vezes, nomeado como a pílula do aborto brasileira em comparação à RU-486. É, também por esse motivo, que o campo farmacêutico se dedicou a estudar este caso e torná-lo um exemplo de como a ausência de legislação e medidas de fiscalização permitiam que substâncias perigosas fossem liberadas para comercialização e, ainda pior, tivessem seu uso transformado nas práticas cotidianas. Assim, compreende-se que a ação do GPUIM se pautou na tentativa de estabelecer um domínio técnico e especializado sobre tais questões e promover, dessa forma, a vigilância sobre os medicamentos que teria como consequência, neste caso específico, o controle sobre as práticas femininas de controle de natalidade.

### **2.3 O Caso Misoprostol e o reconhecimento científico do GPUIM**

A ciência, no trabalho de Bruno Latour, possui duas faces: a que representa a ciência em construção e a que representa a ciência já pronta. A ciência pronta mobiliza ideias que se referem a noção de verdade e rigor, algo que já está estabelecido. Enquanto a ciência em construção faz referência ao processo de convencimento, decisões e estratégias que mobilizam as ferramentas daquilo que será um dia, ou não, a ciência pronta. Na face que representa a ciência em construção, os artigos científicos ocupam o espaço de mais importante veículo retórico (Latour, 2000: 55). Os artigos, nesse sentido, desenvolvem a atividade estratégica na consolidação do fato. No raciocínio do autor, a pergunta “o que fizeram com aquilo que foi feito?” significa que o processo de construção da ciência é coletivo. O fato não é criado sozinho. A leitura, a citação e mesmo o ato de ignorar determinado trabalho/artigo refere-se a este processo. Em todas essas ações, a ciência está sendo criada. São elas que determinam o rumo que será tomado pelas pesquisas desenvolvidas e o que se tornará, ou não, um paradigma.

No caso do GPUIM, é possível analisar a construção do Caso Misoprostol por esses dois momentos. A ciência em construção aqui é representada pela fase da investigação, publicação de artigos e participação dos pesquisadores em palestras, seminários, etc. Tudo isso fez parte do processo empreendido coletivamente de convencimento dos pares e ganho de legitimação científica no campo de trabalho. Por outro lado, e aqui fala-se a partir do esforço

de análise, o momento em que as primeiras vitórias foram alcançadas pelo grupo: a proibição da comercialização no Ceará, a restrição ao uso hospitalar e a regulamentação em todo o território nacional, é possível definir este como o momento em que a ciência se mostra pronta e estabelecida. Ela alcançou o status de *fato*, de verdade. Tanto é assim que sua aceitação extrapolou o mundo esotérico dos cientistas e se fez presente no mundo social, na sociedade em que o aborto é ilegal e, portanto, qualquer ferramenta que permita tal prática precisa ser controlada pelo Estado.

A face da ciência em construção, como dito acima, aqui está representada pelo esforço do grupo em se fazer presente e conhecido pelos seus pares. Em fazer circular o conhecimento produzido, ora através de artigos, ora de comunicações feitas em eventos e até mesmo na mídia, visto que seus participantes foram constantemente requisitados como discurso de autoridade em reportagens que tratavam sobre a problemática do misoprostol.

Entre os dez artigos analisados, cinco deles foram publicados durante o ano de 1991, sendo três na Revista The Lancet. Considero relevante destacar como a publicação naquele veículo pode significar a legitimação da produção acadêmica ante seus pares.<sup>52</sup> Torna-se claro que a partir dos artigos publicados nesta revista, a pesquisa do GPUIM ganhou visibilidade perante pesquisadores de outros países, propiciando o diálogo entre as investigações realizadas em regiões diferentes do país e do mundo. Frisa-se que, ao se tornar notória fora do país, a investigação do grupo conquistou o reconhecimento dos pares nacionalmente.

Também destaco que neste mesmo ano pesquisadores do grupo apresentaram suas pesquisas em seminários nacionais e internacionais que colaboraram para a circulação da investigação sobre o caso misoprostol em diferentes regiões, estabelecendo diálogo com as mais diversificadas instituições acadêmicas. Percebe-se a relevância desses aspectos ao lembrar que todos os dados, publicações, participações em eventos etc., do GPUIM foram anexados à Ação Civil Pública que culminou com a proibição da venda do medicamento no estado do Ceará. A construção do conhecimento acerca do misoprostol e a circulação deste entre o espaço acadêmico e social destacou a ação do grupo como importante colaborador nas ações de vigilância sobre os medicamentos.

Logo no início de 1991, os primeiros dados coletados pelo grupo foram apresentados à comunidade de profissionais ligados aos serviços de saúde e demais interessados no tema na cidade de Fortaleza. O Seminário “Abortamento provocado em Fortaleza: riscos e

---

<sup>52</sup> A revista The Lancet foi criada em 1823 por Thomas Wakley. Nestes quase 200 anos de existência, possui mais de 10.000 edições publicadas e está indexada nas principais bases de dados, como MEDLINE/PubMed. Ver <https://www.thelancet.com/journals/lancet/home>. Acessado em 02.12.2019

possibilidades”<sup>53</sup>, resultado do projeto “Democratização da informação farmacológica”, foi realizado sob a coordenação do GPUIM em parceria com a Sobravime. A presença da Sobravime neste evento deixa transparecer as articulações feitas pelo grupo com o intuito de tornar o caso misoprostol uma questão relevante para o debate nacional quanto a vigilância dos medicamentos e enquanto problema de saúde pública, pois, constantemente, fez-se menção aos problemas que a disponibilidade desse medicamento poderia acarretar ao sistema de saúde brasileiro.

O evento contou com a exposição de cinco comunicações feitas por pesquisadores do grupo, sendo elas: Estudo descritivo da indicação de medicamentos com finalidade abortiva em farmácias de Fortaleza em agosto e setembro de 1990; Estudo retrospectivo dos casos de abortamento provocado atendidos na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de janeiro de 1986 a novembro de 1990; Estudo de 50 casos de abortamento provocados por Misoprostol em Fortaleza; Possível correlação entre utilização de Misoprostol por via oral e a ocorrência de má formação crânio-frontal e, por último, Efeito de abortamento provocado sobre a fertilidade futura da mulher, conforme anexo 2.

Representantes de várias instituições estiveram presentes, tendo como exemplo, Secretaria de Saúde do Ceará, Divisão de Vigilância Sanitária, Conselho Regional de Farmácia, Centro Médico Cearense, Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia, entre outras. Apesar da temática do aborto, o foco central do seminário foi a utilização de medicamentos para esta finalidade, especificamente o Cytotec.

Entre as conclusões apresentadas no relatório preliminar do seminário, destaco:

- O uso do medicamento (misoprostol) com finalidade abortiva é intenso em Fortaleza e tal afirmação poderia ser estendida ao restante do país;
- O uso indevido e o desvio de indicação acarretam problemas às usuárias;
- No Brasil existe o esvaziamento da vigilância sanitária;
- A inexistência de um sistema de Farmacovigilância leva a total entrega do mercado farmacêutico aos interesses privados dos laboratórios e das farmácias;
- A propagação do uso do medicamento Cytotec para interrupção voluntária da gravidez tem levado à banalização da prática do abortamento, [...] submetendo as mulheres aos riscos de curetagens frequentes;
- As informações científicas sobre as consequências do uso do misoprostol para a saúde da mulher e particularmente para a saúde do conceito são insuficientes;

---

<sup>53</sup> O evento foi realizado através da parceria entre a Universidade Federal do Ceará, representada pelo GPUIM; o Instituto Equatorial de Cultura Contemporânea e a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime). Relatório preliminar, p.2. Acervo Institucional – GPUIM.

- A ocorrência dos casos de malformação congênita apresentados durante o seminário, apesar de exigirem um estudo mais aprofundado [...], por si só recomendaria uma atitude cuidadosa do Ministério da Saúde (JFCE, 1991: 114).

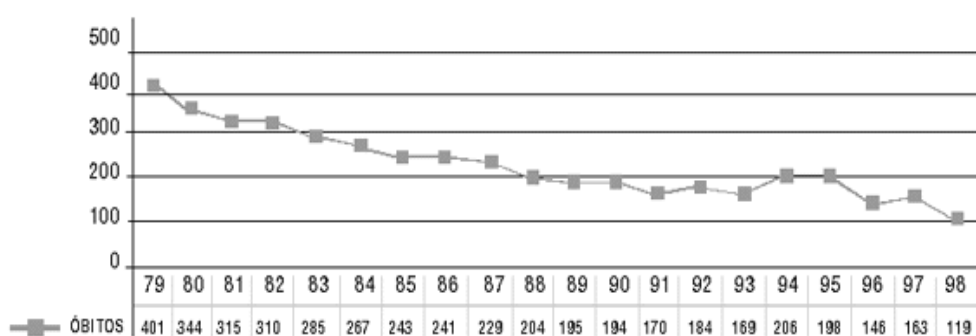
As conclusões apresentadas enumeram as importantes questões nas quais as pesquisas desenvolvidas pelo grupo pretendiam se inserir.

Em primeiro lugar, faz-se clara a defesa em torno da construção de um sistema de vigilância mais presente, e que a ausência deste colocava em risco a saúde da população. Tal sistema se concretizará, no Ceará, com a criação de órgãos a partir da articulação promovida entre GPUIM e demais entidades de saúde do estado. Também se destaca que o alastramento do uso indevido do misoprostol como abortivo pelo país demandava e justificava ações de controle em âmbito federal; assim como propôs-se a continuidade das pesquisas para a construção de um conhecimento científico completo e exato sobre o misoprostol e sua propriedade abortiva e, evidentemente, a respeito dos seus riscos. Por último, ressalta que a simples hipótese de risco teratogênico justificava medidas mais restritivas sobre o medicamento. Importante salientar a ideia presente no relatório sobre o fato de que a disponibilidade do misoprostol no mercado acarretaria a banalização da prática abortiva. Como se apenas o fato de ter o “meio” para fazê-lo fosse incentivar mais mulheres a praticar. Essa visão aponta para o não entendimento do aborto ilegal como um problema de saúde pública, e reduz a problemática ao “querer fazer” das mulheres que abortam. Voltando aos dados fornecidos pela tabela 6 sobre abortamentos provocados na MEAC entre 1986 e 1990, tem-se que, no ano de 1986, o total de registro de abortamentos foram 1863, enquanto no ano de 1990, foram 1896. Desses números, os abortos provocados foram 125 e 715, respectivamente. De maneira geral, a tabela mostra que ocorreu um aumento gradual de internações por abortos provocados e, em 1990, 524 aconteceram com a utilização do Cytotec sozinho ou combinado. No entanto, percebe-se também que com o aumento da utilização desse medicamento, os outros métodos mais tradicionais e perigosos apresentaram baixas. O que pode significar que as mulheres, em face da necessidade de abortar, buscaram pelo método que se apresentava como menos doloroso e perigoso.

Válido também lembrar que no Brasil, devido a legislação restritiva e ilegalidade da prática, os números que se referem as taxas de abortamento enfrentam a questão da subnotificação. De acordo com o levantamento realizado pelo Instituto Alan Guttmacher, publicado em 1999, pelo caráter da ilegalidade, as taxas de aborto provocado no Brasil seriam variáveis e sempre pautadas pelo princípio da estimativa, visto que dados oficiais seriam

inexatos. Para tal, o cálculo dos abortos seria realizado a partir dos registros de mulheres hospitalizadas por complicações de abortamento, fazendo-se ajustes considerando a cobertura insuficiente e a subnotificação, além das não hospitalizações e aquelas que fazem aborto ilegal em condições seguras, ou seja, que não necessitariam de internação posterior (The Institute Alan Guttmacher, 1999:31). Os dados produzidos por esse levantamento são constantemente reiterados por publicações posteriores, inclusive no relatório final da CPI da Mortalidade Materna (2001). Nesse relatório, o abortamento provocado se configura como um problema de saúde pública e que a ilegalidade induz, conseqüentemente, à clandestinidade que constitui um agravamento por colocar em risco a saúde da mulher, aumentando as complicações e a mortalidade materna (CPI da mortalidade materna, 2001: 64).

Imagem 15 - Número de óbitos por aborto no Brasil entre 1979 e 1998



Fonte: Dossiê Aborto Inseguro, 2001, pág. 16.

Uma possível banalização do aborto sempre é colocada em pauta quando se discute, por exemplo, a flexibilização ou legalização da prática. Este é um ponto interessante para pensar como o argumento científico se transforma em artifício, neste caso, moralizante contra a ação abortiva. Assim, o discurso do campo farmacêutico se mobiliza para enquadrar o misoprostol em uma prática caracterizada como indevida e irracional, portanto, que precisa ser fiscalizada e controlada por aqueles que são detentores do saber técnico especializado.

Também no relatório do seminário encontra-se os encaminhamentos propostos, onde têm-se a divulgação das informações através da imprensa, elaboração de dossiê e o encaminhamento para os órgãos governamentais pertinentes (JFCE, 1991). As atividades tiveram prosseguimento, pois a partir deste seminário, a articulação local – com instituições e imprensa do Ceará – deu, à temática do misoprostol, o caráter de problema de saúde pública que demandou a intervenção da própria Secretaria de Saúde e da Justiça Federal no estado.

É a partir da realização deste seminário que identifico a aparição da pesquisa realizada pelo GPUIM na mídia cearense, aqui analisada através dos jornais O Povo, Diário do Nordeste e Tribuna do Ceará. Nosso recurso aos periódicos – jornais e revistas – insere-se na perspectiva da análise histórica *por meio* da imprensa (Luca, 2010). Não há intenção de fazer a história *no* ou *do* periódico, traçando o perfil de um veículo específico ou seu posicionamento, exceto quando este se fizer relevante para nosso estudo. Por esse motivo, trabalho com diferentes veículos com o objetivo de estabelecer o diálogo entre o conteúdo veiculado por estes impressos e as demais fontes utilizadas no desenvolver da pesquisa. As fontes, nesta perspectiva, não estão organizadas por hierarquia, mas formam um conjunto que possibilitam ao historiador realizar o trabalho de análise.

A temática do seminário foi noticiada pelos jornais O Povo e Tribuna do Ceará<sup>54</sup>. Em ambos, a venda indiscriminada de medicamentos abortivos nas farmácias da cidade se destaca nas matérias. Assim como também os questionamentos levantados pela pesquisa desenvolvida pelo grupo,

A disponibilidade nas farmácias comerciais de medicamentos com comprovada eficácia abortiva, por si só, representaria uma redução dos riscos a que se expõem as mulheres que praticam o abortamento? Quais as consequências sobre o uso indiscriminado de um medicamento com essa finalidade? (Jornal O Povo, 1991: 8).

A presença de representantes de diferentes instituições do estado nesse evento tinha como objetivo traçar estratégias para minimizar a prática do abortamento por medicamentos a partir da elaboração de documentos oficiais sobre o caso. Nota-se que, para além dos órgãos ligados à saúde, o grupo atraiu o interesse de outros setores da sociedade. Na continuação das notícias que abordam a atuação do GPUIM, faz-se presente a colaboração do Conselho Cearense dos Direitos da Mulher (CCDM), criado em 1986 na estrutura organizacional da Secretaria de Governo do Estado<sup>55</sup>, através de sua presidenta Fátima Dourado, médica e fundadora da Casa Esperança (para atendimento de crianças autistas) em 1993.

Assim como o CEDIM/RJ, o apoio do CCDM à proibição da comercialização no Caso Misoprostol traz a importância de discutir a atuação do movimento das mulheres nesse período sobre a temática do aborto. Os dois conselhos aqui apresentados, e talvez outros,

---

<sup>54</sup> *Comércio de remédios para aborto é tema de seminário*. Jornal O Povo, 10.01.1991. p.8; *Farmácias praticam venda indiscriminada de abortivos*. Tribuna do Ceará, 11.01.1991. p.9.

<sup>55</sup> Lei nº 11.170 de 02.04.1986. Cria o Conselho Cearense de Direitos da Mulher e dá outras providências. Diário Oficial do Ceará, 09.05.1986.

atuaram (através do apoio e com falas na mídia) em favor do processo de normatização do misoprostol. O que nos leva à pergunta: qual era a visão desses órgãos em relação aos direitos reprodutivos e as demandas do movimento feminista? Como a disponibilidade deste medicamento modificou (ou não) o debate sobre o direito ao aborto no país e a sua prática ilegal? Vale salientar que, no caso do CCDM, a sua vinculação à Secretaria de Governo já impunha, desde o início, uma postura conservadora quanto à questão da criminalização do aborto e, por consequência, dos métodos utilizados para tal. Mais uma vez, percebe-se que a atuação do grupo esteve vinculada a importantes sujeitos e instituições que, configurando uma rede de *aliados* (Latour, 2000), possibilitaram que a discussão sobre o Caso Misoprostol ganhasse relevância social no estado.

Retomando a participação em eventos, em abril do mesmo ano, pesquisadores do grupo participaram de seminários internacionais também com o propósito de apresentar os dados sobre o caso misoprostol em Fortaleza. O primeiro deles, “Por un uso racional de medicamentos”, ocorreu na cidade de Montevidéu, no Uruguai, promovido pela Ação Internacional pela Saúde – AIS, com a apresentação do trabalho intitulado “Desvio de indicacion y abuso de Misoprostol en Fortaleza”.

A AIS constitui uma rede de cooperação internacional que envolve instituições interessadas em aspectos da saúde e produtos farmacêuticos, das quais o GPUIM fez parte. Importante destacar os caminhos percorridos pelo grupo para promover as pesquisas realizadas em torno do misoprostol de maneira a permitir o diálogo com outros pesquisadores e a parceria com instituições de reconhecimento internacional. É, neste sentido, a arregimentação de amigos ou aliados, na perspectiva de Latour (Latour, 2000). Os aliados, sejam eles de dentro ou de fora do campo científico, cumprem o papel de colaborar no processo de construção da ciência, assim como legitimar os sujeitos e as ações envolvidas nesta atividade.

As parcerias desenvolvidas, assim como o apoio da Sobravime na execução de um seminário em Fortaleza no qual, pela primeira vez, os dados foram compartilhados com os demais interessados na temática; também a inserção na rede da AIS demonstra que o grupo estava alinhado às discussões internacionais sobre o uso racional de medicamentos, bem como era reconhecido por aqueles – AIS – como uma instituição em potencial para desempenhar atividades de cooperação no Brasil. O diálogo com essas e entre outras instituições ligadas aos estudos de medicamentos simbolizava a expansão do trabalho desenvolvido pelo grupo. Assim também pode-se falar dos pesquisadores que, ao conhecer os resultados apresentados a

partir dos artigos científicos, passam a incorporar os estudos e, ao citá-los em seus próprios trabalhos, estão ampliando o raio de alcance das pesquisas realizadas pelo GPUIM.

Imagem 16 - Professora Helena Lutécia Luna Coelho no seminário “Por Un Uso Racional de Medicamentos” em Montevideu, abril de 1991.



Fonte: Acervo institucional GPUIM.

Também no mês de abril de 1991, pesquisadores do GPUIM participaram do “Seminário sobre Procedimentos para Registro de Novos Medicamentos no Brasil e em países da CEE”, realizado na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro<sup>56</sup>. A comunicação “Desvio do uso do misoprostol em Fortaleza - CE”, apresentada pela professora Helena Coelho, causou surpresa e interesse no pesquisador alemão Peter Schönhöfer – Diretor do Instituto de Farmacologia de Bremen – Alemanha, presente no evento e desconhecedor, até aquele momento, dos fatos apresentados pelos pesquisadores cearenses.

Aproveitando o espaço do evento, uma reunião entre a representante do GPUIM, pesquisadores estrangeiros, incluindo Schönhöfer, pesquisadores da Fiocruz e o diretor médico da Biolab, Dr. Ignácio M. Nusbaum, ocorreu com a finalidade de discutir os dados apresentados durante o seminário. De acordo com o diretor do laboratório, o uso do

<sup>56</sup> O seminário aconteceu no dia 09.04.1991, no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), Fiocruz/Rio de Janeiro.



medicamento como abortivo era desconhecido até aquele momento e a celeuma criada em torno desse assunto tinha ligações com posicionamentos morais, éticos e religiosos frente à questão do aborto (JFCE, 1991: 87) e não propriamente com a segurança do medicamento.

Por outro lado, os pesquisadores discutiram suas preocupações quanto à continuidade do produto no mercado, ressaltando, inclusive, que o medicamento não apresentava nenhuma vantagem terapêutica com relação às demais substâncias disponíveis para o tratamento da úlcera gástrica. Portanto, fazia-se desnecessário.

Como desdobramento deste encontro, em junho de 1991, Schönhöfer publicou o artigo *Brazil: Misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations* na Revista The Lancet. O trabalho apresenta detalhadamente as informações coletadas a partir do estudo realizado em Fortaleza e traça uma comparação com a pesquisa desenvolvida na Alemanha sobre a utilização do misoprostol na prática do aborto legal. Para o autor, ambos os estudos demonstram que o misoprostol não é seguro para a prática abortiva e pode, dessa maneira, colocar em risco a saúde das mulheres e dos fetos. O autor conclui:

O problema se torna ainda pior quando a administração não quer ou não consegue controlar o marketing de medicamentos. Um medicamento como o misoprostol não pode ser comercializado com segurança nessas condições<sup>57</sup> (Schönhöfer, 1991:1535).

Foi a partir da publicação de Schönhöfer citando os dados da pesquisa de Fortaleza que os trabalhos do GPUIM foram aceitos pela Revista The Lancet, neste caso, a tarefa do pesquisador alemão funcionou com um argumento de autoridade que permitiu o acesso do GPUIM à The Lancet.

No mês de julho, a revista contou com três textos sobre o uso do misoprostol. O primeiro deles, como resposta e em diálogo com o artigo de Schönhöfer, *Misoprostol and Congenital Malformations*, refere-se à identificação de cinco casos de malformação congênita como consequência do uso do misoprostol durante o primeiro trimestre de gravidez em pacientes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e do Hospital Infantil Albert Sabin, ambos localizados em Fortaleza (Fonseca et al., 1991). O segundo artigo, *Selling abortifacients over the counter in pharmacies in Fortaleza – Brazil*, expõe de forma detalhada a pesquisa realizada nas farmácias de Fortaleza (Coelho et al., 1991).

---

<sup>57</sup> “The problem becomes even worse when the administration is either unwilling or unable to control drug marketing. A drug such as misoprostol cannot safely be marketed under such conditions”. Tradução nossa.

Por último, a carta enviada aos editores da revista por W. Wilson Downie – diretor médico de operações internacionais do laboratório Searle –, responde aos artigos de Schönhöfer e Fonseca et al. A respeito da denúncia sobre o uso do misoprostol como abortivo, Downie esclarece que a Searle, atuante no mercado brasileiro desde 1959, comercializava o misoprostol no Brasil e em outros países apenas para o tratamento de úlceras gástricas, sendo o desvio do uso totalmente desaprovado pela empresa. Não obstante, o diretor informou que o rótulo do produto afirmava claramente a contraindicação para mulheres grávidas (Downie, 1991: 247). A referência feita à bula do misoprostol coloca em evidência outro ponto controverso sobre a comercialização do medicamento no Brasil: a diferença entre a bula brasileira e a norte-americana.

A bula, principal fonte de informações para os pacientes sobre as substâncias medicamentosas, tornou-se também objeto de debate no campo farmacêutico. No que diz respeito ao Cytotec, como apresentado pelos pesquisadores do GPUIM, em muitos casos as farmácias comercializavam o medicamento a retalhos, fora da caixa e sem bula. Mencionam ainda que o problema do uso *indevido* de medicamentos nos países de terceiro mundo está associado à ausência de informações, informações enganosas ou excesso de publicidade sobre os medicamentos (Coelho et al., 1991: 247). No que se refere à bula do Cytotec, os pesquisadores apontam que o caso não seria exatamente esse, pois as explicações sobre as contraindicações estão presentes, fato que serviria de alerta contra a utilização indevida da droga.

É importante destacar que as formas assumidas pelos conteúdos na bula estão relacionadas à maleabilidade observada na legislação que regula tais aparatos. O aprimoramento do processo regulatório da bula de medicamentos no Brasil pode ser pensado a partir da ampliação do detalhamento das informações apresentadas, bem como pela introdução de exigências mínimas e imprescindíveis para a adequação dos documentos aos padrões dos órgãos fiscalizadores (Fujita et al., 2014).

Os principais marcos regulatórios sobre as bulas de medicamentos, pertinentes ao contexto aqui estudado, são o Decreto nº 20.391/1946 do Ministério da Saúde, que estabelece o regulamento da indústria farmacêutica no país; Portaria nº 49/1959 do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, que regula a apresentação e o exame de rótulos e bulas de produtos farmacêuticos, entre outros. Em ambos, as exigências quanto ao conteúdo das bulas são mínimas. Apontam para a conformidade entre as informações prestadas nos pedidos de licenciamento e o que estará presente na versão impressa das bulas. E a Portaria nº 65/1984

da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, que instituiu o roteiro de bula a ser seguido em todos os medicamentos registrados no país. Neste caso, quatro grupos de informações são exigidos: identificação do produto; informação ao paciente; informação técnica e dizeres legais. Destacando que as informações quanto às indicações, contraindicações e reações adversas estão presentes no segundo e terceiro grupo.

É importante perceber que, apesar da contínua evolução no padrão de exigência das bulas, ainda se questionava a necessidade de maior rigor quanto às informações prestadas sobre segurança, eficácia ou testes realizados com os medicamentos.

Foi por conta dos aspectos aludidos que a bula brasileira do Cytotec se tornou alvo de questionamentos, principalmente em comparação com a similar norte-americana. Vera Mercucci e José Rubem Bonfim (1991) analisaram três casos de desinformações farmacêuticas pautadas, principalmente, na bula dos medicamentos, a dizer: as drogas EP de alta dosagem, o acetato de medroxiprogesterona e o misoprostol.

No caso do misoprostol, a comparação entre a bula brasileira e a bula norte-americana apontava duas questões principais: a bula norte-americana é enfática quanto à contraindicação do medicamento para mulheres gestantes e seu efeito abortivo é dito de forma clara e objetiva, enquanto na bula brasileira, esses aspectos são colocados com pouco destaque e tende a minimizar os possíveis efeitos. Outro debate é a indicação principal do medicamento. Na bula norte-americana, a indicação é restrita ao tratamento de úlceras gástricas induzidas por uso de anti-inflamatórios não esteroidais (exemplo principal destes é a aspirina); enquanto a brasileira abre o leque de indicações para muitos tipos de úlceras gástricas e inflamações gastrointestinais (Mercucci e Bonfim, 1991). Ainda com relação ao modelo norte-americano, os autores informam que além da bula, o medicamento é acompanhado de um folheto “Informação ao paciente”, no qual, mais uma vez, a propriedade abortifaciente é destacada. A legislação brasileira não menciona ou exige tais apêndices explicativos para além da bula.

Apesar da busca, não tive acesso à bula norte-americana, detenho-me aqui a avaliar as informações descritas no modelo brasileiro. No quadro “Atenção”, observa-se a seguinte mensagem, “**Não se conhece** a ação de Cytotec (misoprostol) sobre o desenvolvimento do feto humano. [...], **pode** promover contração do útero grávido...” (JFCE, 1991: 39) [Grifos nossos]. A partir da crítica feita por Mercucci e Bonfim, é possível pensar que a escolha das palavras presentes na bula do medicamento tende a minimizar os possíveis riscos e, possivelmente, retirar dos laboratórios a responsabilidade sobre as consequências. Já no espaço destinado as contraindicações do produto, lê-se “Cytotec **pode** pôr em risco a

gravidez, e **não são conhecidos** seus efeitos no desenvolvimento do feto humano. Portanto, não deve ser administrado a gestantes...”, repetindo mais uma vez o mesmo tom ameno. Mais adiante, “O misoprostol induz contrações uterinas e no **primeiro trimestre da gravidez pode** causar sangramento e expulsão parcial ou completa dos produtos da concepção” (Ibidem). [Grifos nossos]

Ao mesmo tempo em que não declara a propriedade abortiva de forma enfática, constata-se que a omissão completa também não pode ser comprovada. A possibilidade de ocasionar a “expulsão parcial ou completa do produto da concepção”, assim como exposto na bula pode - e é provável que essa seja a explicação - ter direcionado a indicação do medicamento como abortivo. Os balconistas de posse da bula logo perceberam que a substância poderia provocar aborto, principalmente nas gestantes no período inicial da gravidez. Mais uma vez demonstra-se que a disseminação do uso abortivo do Cytotec não se deu exclusivamente pelas mulheres, mas sim por uma rede de interlocutores que divulgaram os efeitos de contração uterina ocasionados pelo medicamento e permitiram a expansão de sua indicação para essa finalidade.

Essa discussão não passou despercebida pelos laboratórios responsáveis pelo produto. O diretor médico Dr. Ignácio Nusbaum e o diretor superintendente, Ricardo Riecel, assinaram carta dirigida a médicos, farmacêuticos e população em geral, na qual, entre outras informações, destaca-se “A Biolab ressalta que a bula do Cytotec é muito explícita em relação às indicações e contra-indicações do produto, sendo suficiente para a orientação adequada do seu uso” (Biolab, 1991 apud Mercucci e Bonfim, 1991: 136). É notável que, mesmo neste comunicado, a empresa evita se posicionar quanto à propriedade abortiva do medicamento, pois não deixa entrever se declarada informação é ou não reconhecida pelo laboratório responsável pela produção da substância no país.

Retomando Rozenfeld, entre os fatores que influenciam a oferta inadequada de medicamentos nos países de terceiro mundo, está a qualidade da informação oferecida pelos compêndios elaborados pela própria indústria farmacêutica (Rozenfeld, 1989). Neste grupo estão as bulas. Ressalta a autora:

Um estudo do seu conteúdo mostrou que há grandes exageros nos apelos clínicos e suavização das possíveis reações sérias ou fatais nos compêndios produzidos no Terceiro Mundo, quando se compara com publicações similares nos Estados Unidos e Europa (Rozenfeld, 1989: 22).

Se todo o conhecimento sobre o medicamento é produzido pelas próprias empresas farmacêuticas, torna-se claro que as informações sofrerão influência do viés mercadológico. E esta característica se acentua nos países em que a legislação sobre medicamentos é facilmente burlada pela indústria, conforme defende a autora.

Nas falas dos diretores, Downie da Searle e Nusbaum da Biolab, percebemos que ambos defendem que as informações presentes em suas bulas são adequadas e suficientes para que haja o uso racional e correto do medicamento.

Observo que estas primeiras aparições da investigação do GPUIM na Revista The Lancet têm grande peso na credibilidade que as descobertas e resultados terão dentro do seu próprio campo de atuação e foram fundamentais para pôr em destaque o trabalho desenvolvido pelo grupo que passa a ser citado em quase todas as notícias, mesmo naquelas de cunho nacional, que se referem ao processo de regulamentação do misoprostol.

Se, por um lado, os artigos publicados na Revista The Lancet estabeleceram o diálogo dentro do próprio campo de pesquisas, o trabalho publicado na Revista Ciência Hoje<sup>58</sup> se caracteriza pelo viés da divulgação científica, ou seja, tornar conhecido por um público mais amplo o que é ciência e o que é feito pelos cientistas.

O artigo “O que está em jogo no caso Cytotec?” apresenta, ao longo de três páginas, os mesmos dados dirigidos à Revista The Lancet, porém com linguagem clara e utilizando de elementos como gráficos e tabelas explicativas do conteúdo. Durante todo o trabalho, o misoprostol é citado a partir de seu nome comercial com a intenção de criar a aproximação para o público sobre o que está sendo discutido no texto. Talvez se o título mudasse para “O que está em jogo no caso misoprostol?” não teria o mesmo apelo sobre os leitores que, inicialmente, poderiam desconhecer a substância. Duas questões são colocadas como prioritárias e que, de acordo com a autora, precisam ser discutidas para além do debate do Cytotec. Trata-se do controle e a fiscalização dos medicamentos e a ilegalidade do aborto no país (Coelho, 1991: 60). Dentro destas problemáticas, o Cytotec se configurava apenas como a “ponta do iceberg” (Ibidem), demonstrando o quanto era urgente discutir este assunto na sociedade.

O trabalho foi publicado na edição do mês de setembro, após os primeiros artigos publicados pela Lancet. A importância destas publicações foi ressaltada pela coordenadora do grupo, que conclui o artigo ressaltando, “Para nós do GPUIM foi extremamente encorajador

---

<sup>58</sup> A Revista Ciência Hoje foi criada em 1982 pela Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência (SBPC).

ver reconhecida a relevância de nossas preocupações nas palavras do Dr. Peter Schönhofer, numa comunicação publicada pela revista médica *The Lancet*.” (Ibidem, p. 62).

Como dito anteriormente, a investigação sobre o misoprostol iniciou em 1990, sendo os primeiros artigos e comunicações da pesquisa apresentados a partir do ano seguinte. Os trabalhos prosseguiram de forma contínua até o final do recorte estabelecido para essa análise em 1998 com a publicação do artigo “Misoprostol: a solução não é tão simples”, sendo esta publicação, juntamente com a Portaria nº 344/1998, os marcos que encerram o período aqui estudado.

No entanto, destaco que a análise da atuação do grupo neste período me faz considerar o ano de 1991 como representativo para a trajetória do grupo e para a continuidade da investigação em torno do Caso Misoprostol. Isso se justifica pelo nível de produção e a circulação da pesquisa entre espaços e instituições diversas. Como mencionado até aqui, 5 dos artigos analisados foram publicados no ano de 1991. Neste mesmo ano, comunicações sobre a pesquisa em desenvolvimento foram apresentadas em eventos nacionais e internacionais, como os já citados anteriormente. Cabe ainda destacar que encontra-se menção a outros trabalhos, os quais não foi possível ter acesso nem mesmo no acervo do próprio grupo. Como é o caso da entrevista “Misoprostol in Brazil”, concedida pela professora Helena Coelho ao *Hai Bulletin* (Amsterdam), assim como a comunicação “Uso do misoprostol para interrupção voluntária da gravidez em Fortaleza” apresentada no IX Congresso da Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapia Experimental em Caxambu, MG. Estes trabalhos são citados em outras fontes e estão presentes também no Currículo Lattes<sup>59</sup> da professora, porém, não foi possível encontrar cópias disponíveis.

Esse esforço de fazer a pesquisa e seus resultados circularem teve como repercussão a mobilização local em torno da suspensão das vendas do medicamento no Ceará. No dia 28 de junho de 1991<sup>60</sup>, o *Jornal O Povo* noticia a reunião na sede do CCDM, com a participação do Procurador da República Oscar Costa Filho, autor da Ação Civil Pública de suspensão da comercialização que será trabalhada detalhadamente em capítulo posterior; Hugo Alcântara, representante da Vigilância Sanitária de Fortaleza; Luís César Nogueira, subsecretário de Saúde de Fortaleza; Mariano Freitas, da Secretaria de Saúde do estado; Arnaldo Afonso, médico representante da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; Domingos Sávio e

---

<sup>59</sup> Plataforma Lattes. Currículo Helena Lutécia Luna Coelho, ver <http://lattes.cnpq.br/7938521661726069>. Acessado em 20.01.2020

<sup>60</sup> *Abortivo deve ser proibido*. *Jornal O Povo*, 28.06.1991. p. 15.

Vera Lúcia, representantes do Conselho Regional de Farmácia, além de Helena Coelho coordenadora do GPUIM e Fátima Dourado, presidenta do CCDM.

As entidades ali presentes, de acordo com Fátima Dourado, tinham como objetivo “promover um debate em nível estadual com todos os segmentos da saúde, sobre a situação abortiva do país e a busca de soluções para reduzir a doença e a morte de mulheres que tenham utilizado este medicamento [...]” (Jornal O Povo, 1991: 15). A matéria que ocupa meia página apresenta alguns dados da pesquisa realizada pelo GPUIM, inclusive sobre a hipótese de anomalias no feto; comenta o conteúdo da bula que, segundo Dourado, é “uma verdadeira propaganda desse procedimento” (Ibidem), além de demonstrar a intenção do Procurador em dar início ao processo para suspensão da comercialização do medicamento. Por último, a matéria expõe a possibilidade do Secretário de Saúde do Estado lançar portaria disciplinando a comercialização da substância, fato este que se concretizou no mesmo dia e noticiado no dia seguinte pelo mesmo jornal<sup>61</sup>.

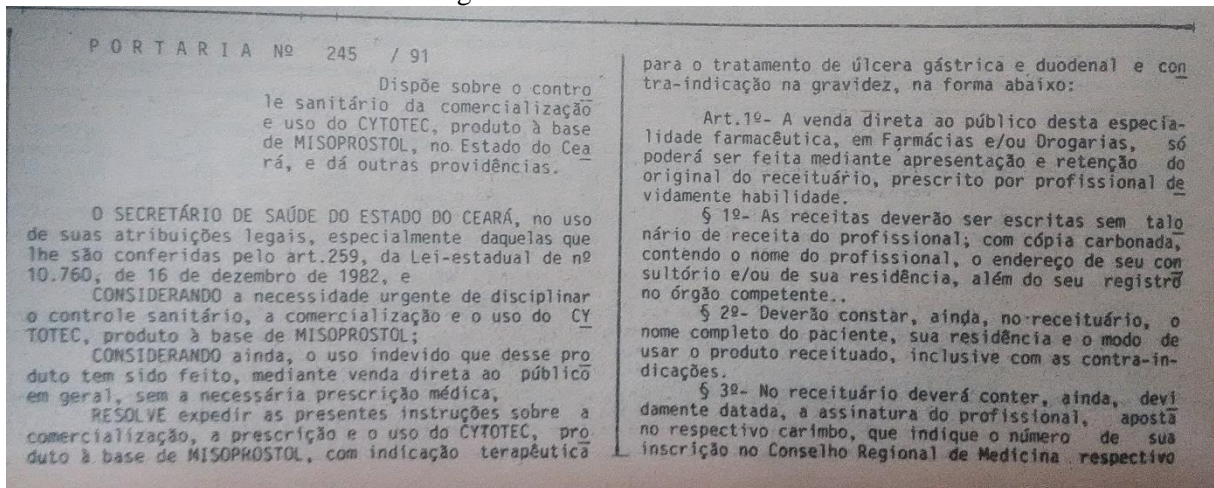
Assinada pelo Secretário Lúcio Alcântara, a Portaria nº 245/1991<sup>62</sup> tinha como finalidade disciplinar a comercialização e o uso do medicamento no Estado do Ceará. De acordo com a diretora da Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria, Zelinda Tenório, representantes das entidades envolvidas seriam convocados para participar de uma reunião sobre os procedimentos que deveriam ser adotados daquele momento em diante quanto à comercialização do fármaco. (Jornal O Povo, 1991: 11).

---

<sup>61</sup> *Controlada venda do abortivo*. Jornal O Povo, 29.06.1991. p. 11.

<sup>62</sup> Portaria nº 245/1991. Dispõe sobre o controle sanitário da comercialização e do uso do Cytotec, produto à base de misoprostol, no Estado do Ceará, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará, nº 15.595, ano LVII. Fortaleza, Ceará. 05.07.1991, pp. 4-5.

Imagem 17 - Portaria nº 245/1991



Fonte: Portaria nº 245/1991. Diário Oficial do Estado do Ceará, nº 15.595, ano LVII. Fortaleza, Ceará. 05.07.1991, p. 4. Disponível na Biblioteca Pública do Estado do Ceará (BECE).

As instruções versam sobre a venda direta ao público que somente deveria ser feita mediante a apresentação e retenção da receita médica; o receituário deveria conter identificação completa do médico prescritor e paciente; a comercialização deveria ser feita na embalagem original do medicamento, ficando proibida a venda fracionada e restrita a duas unidades (caixa) por paciente. Além disso, também fornecia instruções quanto aos registros que deveriam ser feitos pelas farmácias sobre o balanço de vendas, entre outras informações, inclusive sobre as penalidades cabíveis nos casos de não cumprimento das exigências.

Com vigência imediata, a portaria iniciou o processo de normatização no Estado que teve como ponto final a suspensão da comercialização como resposta à Ação Civil Pública impetrada pelo Procurador Oscar Costa Filho. Para fins de análise, optei por examinar a referida Ação Civil no capítulo dedicado à “judicialização” do misoprostol. A fim de perceber como este medicamento foi, também, enquadrado na esfera jurídica com base em sua propriedade abortiva que ia de encontro à legislação brasileira.

Tais medidas de restrição significaram a “vitória” do grupo cearense contra o medicamento no que tange a sua atuação local. A nível nacional, o medicamento continuou a ser comercializado nas farmácias, cabendo aos estados o esforço em enquadrar a comercialização em legislações mais gerais já existentes, o que depois seria unificado em torno da Portaria nº 344/1998.

Visando demonstrar os efeitos da proibição no Ceará, a redução do número de abortamentos provocados por misoprostol foi noticiada no ano seguinte, em julho de 1992. A



matéria “Proibição do Cytotec reduz abortos em 15%”<sup>63</sup>, apresentava os novos dados com referência aos atendimentos realizados na MEAC-UFC e que comprovavam, de acordo com o grupo, que a suspensão das vendas do medicamento no Estado tinha surtido efeito positivo na redução de abortamentos provocados, salientando que outros métodos mais perigosos não apresentaram aumento. No entanto, o que mais chama atenção nessa matéria é a fala da coordenadora do grupo, “a queda do número de abortamentos no Estado se deu mais em decorrência do efeito da divulgação na imprensa dos males do uso indevido do medicamento do que da própria proibição de comercializar”, diz Helena Coelho (Jornal O Povo, 1992: 9).

Interessante como neste caso, a pesquisadora aponta que o trabalho de divulgação dos resultados da pesquisa, bem como sobre os riscos para a saúde da mulher e do feto, tiveram papel preponderante na modificação do padrão de uso do medicamento. Há dois comentários a fazer: a afirmação tem sentido a partir do entendimento que durante o ano de 1991 houve uma grande mobilização na mídia especializada e leiga em torno do medicamento, fato que colaborou para a construção da imagem de perigo associada ao Cytotec e, portanto, teria influenciado para a não utilização deste método. A utilização da mídia para a construção da comercialização do misoprostol como problema de saúde pública e interesse social se dá a partir da mobilização da opinião pública.

Na definição proposta por Noberto Bobbio, no Dicionário de Política, a opinião pública é um fenômeno da época moderna e está condicionada a existência de uma sociedade civil livre e articulada independente do Estado. Para essa existência, faz-se necessário espaços de construção de opiniões não individuais, entre os quais pode-se citar os jornais, revistas, clubes e partidos. A formação da opinião pública apareceu como a possibilidade de controlar as atividades políticas do Estado, não fazendo parte dele (Bobbio, 1998: 842). Ela seria, nesse sentido, a possibilidade de desfazer o segredo que a Nação impõe a determinadas temáticas, possibilitando a discussão pública sobre as mesmas. Conforme o autor, na atualidade, muitos dos espaços de diálogo e construção de opinião passaram por transformações. O advento da televisão foi um sinal dessa mudança, pois substituiu os momentos de reuniões, assim como os jornais tornaram-se mais especulativos e menos críticos, entre outras modificações. Todas essas mudanças contribuiriam, nesse sentido, para o declínio da opinião pública enquanto uma ferramenta organizada da sociedade civil e se tornasse, cada vez mais, em uma opinião elaborada de cima para baixo (idem, 1998: 845). Dessa forma, ao utilizar-se da mídia para defender o ponto de vista de regulação e controle sobre o misoprostol, o grupo acreditava no

---

<sup>63</sup> *Proibição do Cytotec reduz abortos em 15%*. Jornal O Povo, 08.07.1992. p. 9.

poder de persuasão deste veículo sobre o senso comum a respeito de temáticas polêmicas, tal como o aborto representa para a sociedade brasileira.

Ao tomar os jornais como objeto de estudo, e não apenas como fontes, Maria Helena Capelato aborda a importância da grande imprensa no período da Ditadura Militar. Os jornais aparecem como atores políticos devido as relações de poder estabelecidas dentro e fora das redações, além de destacar o papel desses veículos como formadores de opinião (Capelato, 2014: 300). A partir do entendimento do papel da mídia na construção e manipulação da opinião pública, entende-se que a mobilização desta, através da imprensa diária, apresentava-se como recurso no ganho de legitimidade e aceitação da discussão proposta pelo grupo. Criou-se, a partir da opinião pública, a pressão social que colabora no enquadramento do misoprostol como um problema de saúde pública e que demanda vigilância e controle.

A despeito dos esforços de construção de discursos dentro e fora do mundo acadêmico, o uso do misoprostol como abortivo continuou – sustentado pelo comércio clandestino – e voltou a ter picos em anos posteriores, o que foi apontado por pesquisas posteriores do próprio grupo. O que indicaria que nem a imagem de risco e nem a proibição foram suficientes para coibir o uso do Cytotec pelas mulheres.

### **2.3.1 A atuação do GPUIM e a institucionalização da Farmacovigilância no Ceará**

Em 1998, a professora e coordenadora do GPUIM, Helena Lutécia Coelho, apresentou sua tese para o concurso de professora titular na área de fármacos e medicamentos, intitulada “Estruturação e desenvolvimento de um Núcleo de Farmacoepidemiologia na Universidade Federal do Ceará”. A criação deste núcleo consistiu na acumulação das ações desenvolvidas a partir do GPUIM e que tiveram como consequência a formulação de atividades ligadas à farmacovigilância dentro e fora da Universidade.

Com o prosseguimento das pesquisas do GPUIM e a legitimação oriunda do Caso Misoprostol, o grupo se subdividiu em duas unidades de atuação, sendo o Centro de Informações de Medicamentos (CIM) e o Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFAC). A criação destes núcleos correspondeu a demanda por órgãos de vigilância sobre medicamentos reivindicada durante toda a investigação do Caso Misoprostol. A constante afirmação sobre a ausência de políticas nacionais colocou a necessidade de criar eixos locais para atuar sobre a questão dos medicamentos no estado. Esta queixa se faz presente nos artigos publicados pelo grupo a respeito da formação dos núcleos citados acima.

O artigo *Farmacovigilância: um instrumento necessário*<sup>64</sup>, publicado em 1998, debate a importância do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos da OMS para a rápida detecção de Reação Adversa a Medicamentos (RAM) através da colaboração dos países membros com a notificação espontânea de suspeitas de RAM. A OMS ocupou papel preponderante na elaboração de políticas internacionais visando prevenir catástrofes com medicamentos, semelhantes à tragédia da Talidomida (Biriell e Olsson, 1989:153), através da organização de reuniões entre especialistas e cursos de formação, até finalmente desencadear a elaboração de sistemas com a finalidade de identificar possíveis reações a medicamentos. A grande questão, nesse caso, estava no tempo. A criação do *The WHO International Drug Monitoring Programme* pautou-se na possibilidade de que a coleta de informações vindas de diferentes lugares poderia agilizar a identificação de qualquer problema com medicamentos, além de alimentar um imenso banco de dados que poderia propiciar a realização de estudos farmacoepidemiológicos.

O Brasil, até aquele momento, não configurava na lista dos 49 países participantes, fato este visto de forma negativa pelos profissionais atuantes na área. Uma das questões envolvidas na ausência do Brasil nesta listagem diz respeito a não estruturação de sistema nacional de farmacovigilância, objeto de crítica do campo farmacêutico, considerando que as ações daquela ciência teriam, de acordo com os defensores, o caráter de prevenção. Sem tal estrutura, tornava-se impossível manter um banco confiável de notificações sobre RAM, o que, entre outros aspectos, para a pesquisadora demonstrava “a pouca seriedade com que um país trata a questão dos medicamentos no bojo de suas políticas de saúde e o seu despreparo e inoperância para lidar com essa questão” (Coelho, 1998: 872).

A criação destes órgãos atendeu localmente uma demanda que era nacional e, de acordo com a análise desenvolvida nessa tese, significou a consolidação do GPUIM a partir da legitimação científica angariada através do Caso Misoprostol, bem como demonstra que algumas parcerias firmadas no início das atividades do grupo serviram como *aliados* não somente nas ações contra o Cytotec, mas tornaram-se vínculos institucionais a partir da existência dos novos núcleos submetidos ao GPUIM, como é o caso da Secretaria Estadual de Saúde (SESA).

O CIM se organizou como a institucionalização de uma atividade já desempenhada pelo GPUIM, que consistia no atendimento de dúvidas de pacientes e profissionais de saúde acerca do uso de medicamentos. Como noticiado através do Jornal O Diário do Nordeste, a

---

<sup>64</sup> Coelho, Helena L. L. *Farmacovigilância: um instrumento necessário*. Cadernos de Saúde Pública. Vol 14, n. 4. pp. 871-875. Rio de Janeiro, 1998.

criação do CIM era uma demanda devido ao fato de que “ a falta de uma política farmacêutica nacional associada à ausência de fiscalização correta contribui para transformar o uso de medicamentos numa catástrofe” (Diário do Nordeste, 1995: 14), afirma Paulo Arrais, membro do Grupo de Prevenção ao Uso Irracional de Medicamentos em entrevista<sup>65</sup> sobre a inauguração do Centro de Informações de Medicamentos da Universidade Federal do Ceará, que aconteceria meses depois. De acordo com Arrais, o Centro tinha o objetivo de colaborar no uso seguro e eficaz dos medicamentos pela população (Ibidem).

Já o CEFACE surgiu para o desenvolvimento de atividades de farmacovigilância com o intuito de identificar Reações Adversas a Medicamentos (RAM) e queixas técnicas. A estrutura implementada no CEFACE tinha como perspectiva colaborar para o desenvolvimento de um sistema nacional de farmacovigilância (Francelino, 2007).

Os dois núcleos passaram a operar em um sistema mais amplo dentro do estado - o Sistema de Farmacovigilância do Ceará (SIFACE). A implementação deste sistema ocorreu em parceria entre a Universidade Federal do Ceará, através do GPUIM, e a Secretaria de Saúde do Estado. O objetivo seria implementar, nos hospitais do Estado, uma comissão de farmacovigilância responsável pela coleta espontânea ou ativa de notificações de suspeitas de RAM. As notificações serviriam para alimentar o banco de dados controlado pelo GPUIM (Coelho, 1998: 873). Mesmo com esta estrutura, o sistema organizado no Ceará não podia fornecer dados ao programa da OMS, visto que isso estava condicionado a existência do sistema nacional.

Desde o início das atividades do GPUIM até a organização do SIFACE, o objetivo evidenciado durante toda a trajetória estava na organização de um projeto de vigilância de medicamentos eficaz e efetivo. Este, iniciado como projeto de extensão do curso de farmácia, cresceu e se institucionalizou na estrutura da Universidade e efetivou parcerias com órgãos ligados à saúde do Estado. Mais uma vez, a breve apresentação sobre a criação destes núcleos se faz a partir do ponto de vista de que representam a consolidação do GPUIM e que tal solidificação esteve diretamente condicionada à vitória no Caso Misoprostol, que consistiu na regulamentação da comercialização em todo território nacional.

O esforço investigativo do grupo apresentou resultados que buscaram comprovar o desvio do uso do misoprostol para a prática do aborto ilegal. De posse desses dados, mobilizou uma rede de aliados que pressionou os órgãos responsáveis para a aprovação de medidas restritivas contra o medicamento, além de sensibilizar a opinião pública sob a

---

<sup>65</sup> UFC cria Centro de Informações sobre Medicamentos. Diário do Nordeste, 01.02.1995. p. 14.

alegação da banalização do aborto a partir da disponibilidade do fármaco. O sucesso obtido neste processo levou ao reconhecimento do GPUIM em duas esferas: científica e institucional. As pesquisas do grupo se tornaram referência para estudos posteriores sobre o misoprostol, bem como permanece como um *fato* científico até os dias atuais uma vez que a imagem de perigo associado ao medicamento persiste no imaginário popular, embora sua utilização ainda aconteça através da comercialização por vias ilegais. Por outro lado, a partir da repercussão deste caso, tornou-se possível construir ações voltadas para a farmacovigilância pautadas na ideia de prevenção. A implementação de tal sistema foi visto como a possibilidade de evitar tragédias com medicamentos à semelhança do caso da Talidomida, mas também frear o desvio de uso como no caso do misoprostol.

Ao utilizar os termos “vitória” e “sucesso” do GPUIM sobre o Caso Misoprostol, enfatizo que o grupo alcançou os objetivos estabelecidos na investigação sobre o desvio do uso do medicamento no Ceará, assim como em todo o território nacional. Utilizaram dados referentes às vendas e internações hospitalares que comprovaram, segundo seus estudos, que o misoprostol estava sendo usado indevidamente para práticas ilegais. Dessa forma, alcançou o reconhecimento de seus pares no mundo acadêmico e das instituições oficiais do campo da saúde. Deduzo, portanto, que a trajetória do misoprostol no Brasil foi profundamente marcada pela atuação do GPUIM e vice-versa. O medicamento revelou-se como o estudo de caso que possibilitou a ascensão do GPUIM e a institucionalização de suas atividades.

### **CAPÍTULO 3. CYTOTEC E RISCO TERATOGENICO: DISCURSO CIENTÍFICO E MEDO SOCIAL**

No capítulo 2 discuti como, a partir das tragédias envolvendo medicamentos, ocorreu a intensificação, a partir do século XX, das preocupações com a regulamentação dos fármacos, abrangendo testes de segurança realizados antes e depois da aprovação para comercialização, testes de eficácia e protocolos para o uso racional das substâncias. Na esteira desse processo, agências reguladoras de âmbito nacional e internacional foram criadas com o objetivo de fiscalizar e garantir a segurança dos usuários diante do número cada vez maior de produtos disponíveis no mercado farmacêutico e de uma indústria em expansão. Neste capítulo irei argumentar como o risco teratogênico associado ao misoprostol foi mobilizado para colaborar na construção de uma legislação restritiva em torno do medicamento, além dos discursos de medo e perigo direcionados ao seu uso *indevido* para a prática do aborto ilegal.

O caso da Talidomida foi exemplar quanto à repercussão na sociedade, na mídia e na institucionalização de políticas regulamentadoras de fármacos. A dramaticidade desse evento, já citado anteriormente a partir do processo de descoberta dos efeitos teratogênicos e sua consequente regulamentação, está diretamente relacionada às marcas físicas e simbólicas presentes nos “bebês da Talidomida” (Glauberman, 1997: 4) como foram nomeadas as crianças com malformações congênitas resultantes da utilização daquela substância durante a gravidez. O impacto dessa tragédia alardeou o mundo para a necessidade de maior controle sobre os medicamentos e seus usos, assim como intensificou a preocupação com a segurança do feto durante a gravidez. A influência da talidomida no desenvolvimento fetal comprovou que a placenta, vista até então como uma barreira protetora para os bebês, podia ser penetrada por substâncias, fato que colocava a segurança do desenvolvimento fetal em risco. A segunda metade do século XX foi marcada por eventos que colocaram em xeque a segurança do feto dentro do útero.

Outro evento de consequências marcantes no imaginário social foi a descoberta, em 1941, pelo oftalmologista Norman Gregg, da relação entre a infecção por rubéola nos primeiros meses de gestação e a cegueira congênita, entre outros possíveis problemas de malformação do feto (Lowy, 2016). Ilana Lowy explana sobre a reação de mulheres gestantes e médicos diante da epidemia de novos casos de rubéola nas décadas de 1950 e 1960 e o medo do nascimento de crianças com defeitos congênitos. Aquela situação induziu ao debate sobre o direito de as mulheres interromperem a gravidez diante da constatação de infecção por

rubéola. Naquele período, o endurecimento nas legislações referentes ao aborto em muitos países da Europa dificultava o acesso delas a esse procedimento. No entanto, diante da constatação do risco teratogênico, mais mulheres buscaram o aborto como única opção viável a não prosseguir uma gravidez com risco evidente e, nesse caso, muitos médicos, mesmo diante de restrições legais, realizaram o procedimento. Perante o dilema legal que envolvia a prática do aborto naquele momento, justificava-se a decisão de mulheres grávidas e médicos a partir do entendimento que o nascimento de crianças com defeitos congênitos constituía um problema individual e coletivo, pois envolvia três questões principais: os riscos de severa deficiência para os fetos; o risco de angústia aguda e dificuldades para os pais em potencial pelo resto das vidas; e o fardo que recairia sobre o Estado para arcar com o bem-estar dessas famílias (Lowy, 2016: 15). Uma breve busca nos jornais do período demonstrou como a infecção por rubéola e a preocupação de mulheres e médicos com o futuro era uma aflição da época e esteve presente nas discussões médicas, políticas e sociais. Uma entrevista veiculada pelo Jornal do Brasil, em 1966, com o médico geneticista da Faculdade de Paris, Maurice Lamy, aponta para a questão. Lamy afirma:

[...] pela lei francesa, o aborto só é autorizado no caso em que a gravidez faz a mãe correr um risco mortal. Se ela é diabética, por exemplo. [...] Eu pedi que essa lei fosse estendida, com as garantias mais sólidas, às mulheres grávidas que contraem rubéola nas circunstâncias que elas temem o nascimento de uma criança doente. Seria lógico, nos casos como este, interromper a gravidez. As autoridades, porém, não me ouviram (Jornal do Brasil, 1966: 8).

O evidente risco teratogênico por rubéola e o medo de prosseguir com a gravidez que resultaria em uma criança com defeitos congênitos colocou em debate o direito das mulheres (e das famílias) em interromper a gestação que se mostrasse inviável pelos custos emocionais e financeiros que poderiam despende. No texto, Lowy compara essa situação com o ocorrido durante a epidemia de Zika vírus em 2016 e o risco acentuado de nascimento de crianças com microcefalia. Este, no entanto, não é o ponto de debate de interesse para esta tese, mas a preocupação crescente com possíveis riscos ambientais ao desenvolvimento das crianças durante a gestação. Fato este que motivou a formulação de medidas restritivas, legislações, políticas de saúde e discursos morais a respeito do que fosse considerado perigoso ao feto em formação. No cenário de maior consciência sobre os crescentes perigos ao desenvolvimento do embrião durante a gravidez, a atenção pública voltou-se para doenças, substâncias ou intervenções externas que pudessem oferecer risco ao ele de modo a criar meios de proteger a

gestação desses acontecimentos e garantir o nascimento de crianças saudáveis. É válido lembrar que nos casos acima citados - talidomida e rubéola - tratava-se de fenômenos não intencionais. Aquelas que ingeriram talidomida para enjoos matinais não sabiam do perigo que corriam e as que se contaminaram com rubéola não tiveram como evitá-la. Imagina-se, portanto, que a sociedade viu essas mulheres como vítimas de tragédias e não como provocadoras intencionais de males aos bebês. Visto dessa maneira, as vítimas dessas tragédias não sofreram com julgamentos morais, com exceção das que foram contaminadas com rubéola que cogitaram ou realizaram o aborto. No entanto, em outras situações, a ocorrência de defeitos congênitos em crianças foi associada aos maus hábitos das gestantes durante a gravidez e, portanto, condenáveis aos olhos da sociedade gerando outro tipo de relação com essas mulheres.

Elizabeth Armstrong (1998) analisou como um grupo de defeitos congênitos associados à exposição ao álcool no útero se transformou em um diagnóstico específico culminando com a construção da FAS – Síndrome do Álcool Fetal –, por um grupo de médicos dismorfologistas norte-americanos em 1973. Interessou à autora a construção social de um diagnóstico clínico como resultado de um empreendedorismo moral preocupado com questões culturais localizadas em determinado período e lugar. Para Armstrong,

[...] No caso da síndrome alcoólica fetal, **o fervor moral alimentou a descoberta tanto quanto a curiosidade médica**. Beber durante a gravidez - um fenômeno mais social do que médico - passou a ser considerado um problema digno da atenção dos médicos por meio do trabalho de empreendedores morais (Armstrong, 1998: 2025). [Grifos nossos]

A autora salienta como a ingestão de álcool por mulheres grávidas e possíveis riscos ao feto foi uma preocupação especialmente importante para a sociedade e médicos norte-americanos em comparação aos europeus, justificando, nesse sentido, o caráter cultural da construção do diagnóstico da FAS. Para médicos europeus preocupados em garantir momentos de socialização para as mulheres gestantes, era imprescindível avaliar se existia níveis aceitáveis ou seguros para o consumo de álcool durante a gravidez. De acordo com a autora, a sociedade europeia possuía uma relação mais flexível com o consumo de álcool, tornando culturalmente complicado restringir totalmente sem que tal medida fosse amplamente comprovada através de estudos científicos. Assim, ressalta:



[...] A construção da FAS no imaginário médico dos Estados Unidos contrasta nitidamente com a da Europa. Nos EUA, o risco é considerado absoluto e universal. Os europeus, que bebem a taxas muito mais altas do que os americanos e que têm atitudes muito mais liberais em relação ao álcool, viram a turbulência em torno da FAS nos EUA com ceticismo perplexo (Armstrong, 1998: 2029).

A construção do diagnóstico clínico ultrapassou o aspecto médico e científico, sendo, assim, moldado também por valores morais vigentes em uma sociedade mais rígida em relação ao consumo de álcool. O trabalho dos empreendedores morais, na análise da autora, teve papel fundamental na determinação deste como um problema digno de atenção pública e intervenção. Empreendedores morais podem ser compreendidos como indivíduos pertencentes a grupos ou status sociais com poder econômico e/ou social diante do restante da sociedade. Os médicos, nesse sentido, são exemplos clássicos de empreendedores morais por pertencerem a uma elite e falarem a partir de uma autoridade reconhecida e respeitada: a autoridade médica (Armstrong, 1998). Diante do diagnóstico elaborado e aceito pela comunidade, coube também aos empreendedores morais buscar medidas punitivas para as mulheres desviantes, como o encarceramento ao invés de uma maior assistência de saúde (Ibidem, p. 2038). As mulheres identificadas como causadoras de potenciais riscos ao feto devido ao consumo de álcool durante a gravidez não foram levadas a aconselhamentos ou consultas com finalidade educativa e preventiva, mas sim enquadradas como criminosas por colocar a vida e o desenvolvimento da criança em risco.

A análise de Elizabeth Armstrong sobre a FAS traz elementos importantes para o exame do caso Cytotec no Brasil. Primeiramente, a maneira pela qual o risco teratogênico atribuído ao consumo de álcool foi responsável pela mobilização de vários setores da sociedade para construir um diagnóstico específico e um grupo de sintomas que indicariam a presença da doença; a influência de valores morais e culturais na determinação da importância desse risco como problema médico e social; a atuação de indivíduos denominados de empreendedores morais a partir de sua capacidade de mobilizar discursos e atenção para o problema da FAS, além de criar o cenário de preocupação e medo; o julgamento moral com repercussões penais para as mulheres que consumiam álcool durante a gravidez e colocavam, assim, a vida e a saúde do feto em risco.

Diante desses elementos, analiso o estabelecimento de um fato médico científico, sendo ele: a relação de risco entre o uso do misoprostol como abortivo e o nascimento de

crianças com malformação congênita, nesse caso específico, a Síndrome de Moebius<sup>66</sup>. Para muitos críticos do misoprostol e do seu uso *indevido*, o problema era agravado por se tratar de um abortivo de baixa eficácia que, ao falhar para esse propósito, podia ocasionar o nascimento de crianças com malformação congênita. A discussão sobre o risco teratogênico do misoprostol apareceu nos artigos publicados em revistas científicas assim como na mídia. Nos jornais e revistas de ampla circulação, esse discurso aparecia sob a forma alarmante e geralmente fazendo uso de palavras como “geração de monstros” e “crianças defeituosas”, entre outras formas de criar pânico entre as mulheres que fizeram ou poderiam fazer uso do medicamento durante a gestação. Esse discurso produziu medo, assim como o julgamento moral das mulheres que faziam uso do misoprostol com fins abortivos. Essas não eram vítimas, mas sim criminosas que provocavam intencionalmente um risco à criança e deveriam ser punidas por tal ação.

### **3.1 – A construção do risco teratogênico do misoprostol**

Entre as fontes pesquisadas e abrangidas por esta tese, notou-se que a discussão em torno do misoprostol foi ganhando elementos e relevância científica-social à medida que novas problemáticas eram associadas ao medicamento. Vimos até aqui como o campo farmacêutico representado pelo Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM-UFC) foi vital para colocar o uso *indevido* do misoprostol como um problema não só dos estudos daquela área, mas também de outras esferas do mundo científico – genética e teratogenia, por exemplo –, assim como uma preocupação social que sua disponibilidade no mercado originava quanto à ilegalidade do aborto. Dito isto, passarei a discorrer como os estudos do campo farmacêutico se cruzaram com outras esferas para construir uma questão imperiosa no processo de normatização desse medicamento no país: o risco teratogênico. Faz-se útil salientar que aqui não discutimos a existência ou não do risco, ou mesmo a ideia de veracidade dos fatos apresentados. A análise histórica não se propõe a apontar verdade e mentira, mas analisar o desenvolvimento do processo, os atores (sujeitos e instituições) que conduziram posicionamentos, discursos e ações e como todos esses elementos contribuíram

---

<sup>66</sup> A Síndrome de Moebius ou sequência de Moebius consiste na paralisia congênita parcial ou completa não progressiva do VII e do VI nervos cranianos quase sempre bilateral, o que produz uma aparência facial pouco expressiva e estrabismo convergente. Frequentemente pode comprometer também outros nervos cranianos e, dessa forma, repercutir em outros aspectos físicos, inclusive relacionados aos membros inferiores e superiores (Fontenelle, Araújo e Fontana, 2001: 812).

para conformar o que é conhecido e vivenciado socialmente. Nesse sentido, aqui discuto o processo histórico de inserção e restrição do misoprostol no Brasil a partir dos campos de conhecimento produtores de discursos e práticas sobre o medicamento, assim como outros sujeitos e o contexto social vivenciado no país moldaram o significado que o misoprostol assumiu na nossa sociedade e que resiste no imaginário social até os dias atuais. O misoprostol, portanto, assumiu o significado de um abortivo proibido e perigoso para a mulher e, principalmente, para o feto.

Consolidado o discurso do uso *indevido* do misoprostol para a prática do aborto ilegal, novos elementos de discussão foram colocados em cena. A primeira menção identificada sobre o risco teratogênico associado ao misoprostol ocorreu no já mencionado artigo “*Brazil: Misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations*”, de Peter Schönhofer, publicado em 22 de junho de 1991, na Revista The Lancet. Neste, o autor faz referência ao conteúdo de uma palestra proferida por membros do GPUIM durante o Seminário sobre Procedimentos para Registros de Novos Medicamentos realizado em abril do mesmo ano pelo Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Medicamentos (INCQS) da Fiocruz no Rio de Janeiro.

O achado do GPUIM refere-se a cinco casos de recém-nascidos na cidade de Fortaleza em que as mães relataram uso do misoprostol para tentativa do aborto, mas a gravidez prosseguiu resultando em crianças com malformação congênita. Dois meses após presenciar a apresentação sobre os casos de malformação pelos membros do GPUIM, Schönhofer coteja esse relato de caso com um estudo alemão para corroborar a tese de que o misoprostol não é eficaz para provocar aborto, assim como é inseguro e perigoso para as gestações que prosseguem. De acordo com o aludido estudo, entre 56 mulheres gestantes que optaram pelo aborto no primeiro trimestre – aborto legal, ressalto –, com uso do misoprostol, cerca de 50% delas não tiveram expulsão espontânea. Neste caso, conforme defende, a continuação da gravidez significaria a exposição desses fetos a defeitos congênitos. Baseado nestes dados, Schönhofer defendeu que a disponibilidade do misoprostol e seu uso *indevido* para a prática abortiva era inseguro e perigoso. O autor coloca o relato de caso realizado em Fortaleza como valioso para o conhecimento acerca dos riscos do misoprostol e que, portanto, demandaria novos estudos. É importante frisar que a participação no seminário realizado pela Fiocruz permitiu importante diálogo dos membros do GPUIM com pesquisadores estrangeiros, além de já colocar a temática discutida no evento em evidência.

O Jornal O Globo, em 10 de abril de 1991, publicou uma pequena nota com o título “*Abortivo comum no Brasil deforma fetos*”, onde destaca a participação do grupo cearense no seminário e enfatiza a descoberta dos casos de malformação atribuídas ao misoprostol, “[...] já se tornou o mais comum abortivo em Fortaleza e Recife, e pode ser a causa de malformações congênicas **descritas pela primeira vez no mundo no Ceará**” (Jornal O Globo, p.21, 1991) [grifos nossos]. O jornal destaca a proeminência do Brasil em uma descoberta tão relevante para ciência e para a sociedade. A partir de então, nota-se que a relação de risco entre misoprostol e malformação congênita ganhará espaço nas discussões científicas e no debate social que se apropria dessas pesquisas e utiliza, muitas vezes, tons alarmantes que despertam reprovação contra quem utiliza e medo para quem utilizou que, neste caso, são as mulheres grávidas que recorrem ao método para abortar.

A repercussão deste artigo abriu espaço para as publicações do GPUIM na revista The Lancet, assim como trouxe a atenção dos pesquisadores para o assunto através da carta dos editores, de artigos como resposta/diálogo ao que foi publicado. O discurso do uso *indevido* e do risco teratogênico ganhou legitimidade científica a partir dessas publicações e circulação entre os pares do meio científico. Em diálogo com Schönhöfer, no dia 6 de julho de 1991, na mesma revista, quatro pesquisadores do GPUIM publicaram o artigo “*Misoprostol and congenital malformations*” no qual explicaram os casos de malformação congênita citados pelo autor anterior. De acordo com eles, ao identificarem defeitos congênitos nas crianças (Imagem 18) e após buscarem informações em sites e manuais sobre defeitos de nascimento observaram a inexistência de relatos semelhantes que explicassem o evento. Em entrevista pessoal com as mulheres ou através dos prontuários, os pesquisadores constataram o uso do misoprostol no primeiro trimestre da gravidez sem nenhum outro relato no prosseguimento da gestação sobre o uso de medicamentos ou exposições que pudessem comprometer o desenvolvimento do feto. Assim, a utilização do misoprostol para a finalidade abortiva já enquadrado como uso *indevido* pelo campo farmacêutico que pleiteava a interdição das vendas e a restrição do uso, ganhou um novo aspecto que teve importância fundamental no processo de normatização ao qual foi enquadrado.

Imagem 18 – Misoprostol e o risco teratogênico



**Malformation of skull after misoprostol.**

Fonte: *Misoprostol and congenital malformations*. The Lancet, vol. 338, p. 56, 1991.

A publicização da pesquisa do GPUIM e seus resultados levaram a crescente aparição de novos episódios que corroboravam com os dados. O Hospital de São Paulo pertencente à Escola Paulista de Medicina (EPM) identificou quatro recém-nascidos com sinais de malformação congênita (hidrocefalia e lábio leporino) de mães que relataram o uso do Cytotec. Na matéria, o obstetra David Pares diz “suspeitamos que a culpa fosse dele”, já que nenhum outro evento adverso foi relatado pelas mulheres (Folha de São Paulo, 16.06.1991, p. 4). Assim, relatos de casos surgiram e foram divulgados na tentativa de fortalecer a relação perigosa entre o uso do misoprostol para a prática abortiva e o risco teratogênico.

A visibilidade e relevância do “Caso Cytotec” cresceu à medida que cada vez mais dados eram apresentados para revelar a expansão do uso do método para a prática abortiva ilegal somando-se ao risco teratogênico cada vez mais citado nas publicações científicas e na mídia em geral. “O que está em jogo no caso Cytotec” é o título do artigo publicado na Revista Ciência Hoje, em setembro de 1991. Nele, a professora Helena Coelho – coordenadora do GPUIM, apresenta os resultados das pesquisas desenvolvidas nas farmácias e o acompanhamento das internações na Maternidade Escola – já apresentadas no capítulo anterior – com maior ênfase no efeito teratogênico do medicamento. O efeito teratogênico se apresentou, a partir de então, como questão fundamental para justificar a restrição comercial do misoprostol, pois sua comercialização representaria um grande risco social e problema de saúde pública. No artigo lê-se:

“A hipótese de correlação positiva entre o uso do misoprostol no primeiro trimestre de gravidez e a ocorrência de má-formação fetal poderá ser reforçada com a ocorrência de novos casos em mães que usaram Cytotec e cuja geração está sendo acompanhada na MEAC-UFC, em Fortaleza. **Também está sendo realizado pelo Dr. Francisco Paumgarten, no INCQS (Rio de Janeiro), ensaios com cultura de embrião de animais de laboratório que poderão fornecer informações esclarecedoras. É evidente que um estudo mais abrangente seria de extrema relevância para um real dimensionamento do problema,** uma vez que já se comprovou no Recife e em outras cidades brasileiras a extensão do abuso no uso do medicamento” (Revista Ciência Hoje, 1991:61). [Grifos nossos]

Os grifos no parágrafo acima são informações importantes a comentar. Em primeiro lugar, o fato de o impulso inicial da descoberta de casos de malformação congênita ter despertado o interesse científico para novas investigações. Francisco Paumgarten, à época, pesquisador e chefe de departamento de farmacologia e toxicologia do INCQS, desenvolveu estudos sobre a toxicidade do misoprostol em camundongos e participou de um estudo na Alemanha (Jornal do Brasil, 27.03.1991, p. 7). Não é possível ter certeza, mas os indícios apontam ser o mesmo estudo descrito por Schönhöfer no artigo da Revista The Lancet e acima citado, assim como também concedeu parecer técnico para a Secretária Nacional de Vigilância Sanitária sobre o Cytotec em 1993 (Departamento Técnico Normativo – DETEN/SVS) conforme informado em seu Currículo Lattes<sup>67</sup>, além de publicar importantes trabalhos discutindo a toxicidade do misoprostol em parceria com outros pesquisadores. Dessa forma é perceptível como a toxicidade e efeitos teratogênicos do misoprostol se tornaram questão fundamental no conhecimento produzido acerca do medicamento após a descoberta do seu uso para a prática do aborto ilegal. Friso que os questionamentos produzidos pelo campo médico científico recaíam, exclusivamente, sobre uso do misoprostol para o ato proibido do aborto, visto que o medicamento continuou a ser utilizado com permissão legal para a indução do parto e aborto legítimo dentro dos hospitais sob a supervisão dos médicos. Dessa forma, subtendemos que a contestação acerca do misoprostol se devia muito mais por permitir a prática abortiva pelas mulheres sem o consentimento e monitoramento dos agentes dotados do poder-saber estabelecido do que por sua suposta ineficácia para essa finalidade. A supracitada problemática mobilizou pesquisadores para comprovar a teratogenicidade e criar um ambiente de restrição para o medicamento no país.

---

<sup>67</sup> Disponível no endereço: <http://lattes.cnpq.br/6626554938516040>. Não foi possível acesso ao parecer técnico citado no Currículo Lattes do pesquisador.

Em segundo lugar, discute-se também na citação acima o fato já confirmado da expansão do uso do misoprostol como abortivo. Esta já não era uma dúvida para os pesquisadores. A primeira fase de estudos em campo (farmácias e maternidades) confirmara o uso *indevido* para o aborto ilegal. Pretendia-se, portanto, comprovar o segundo ponto em questão: a teratogenicidade do misoprostol e o risco para o desenvolvimento fetal. As pesquisas desenvolvidas pelo GPUIM foram fundamentais no processo de tornar o medicamento um problema médico e social. Elas impulsionaram o interesse científico e a curiosidade social para este objeto, assim como forneceram os primeiros dados para conformação desse fato. No entanto, a análise das fontes aponta para outros atores relevantes nesse ínterim. Os dados captados pelo Serviço de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT) serviram como fundamentação discursiva sobre os riscos teratogênicos do misoprostol.

### **3.2 – O Serviço de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT) e a investigação do risco teratogênico do misoprostol**

O primeiro Serviço de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT) foi criado no Brasil em 1990, vinculado ao setor de Genética Médica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS, onde funciona até os dias atuais. Mais uma vez, as marcas deixadas pela tragédia da talidomida na sociedade impuseram a maior preocupação com a investigação sobre agentes teratogênicos em humanos (Schüler-Faccini et al, 2011). A criação desse modelo de centros de investigação sobre agentes teratogênicos surgiu dessa preocupação e ocorreu em diversos países da Europa e na América do Norte, sendo o SIAT o primeiro na América Latina (Schüler-Faccini et al, 2019). De acordo com os pesquisadores vinculados ao serviço, na ausência de um manual específico sobre riscos teratogênicos e quais seus agentes, o SIAT funcionava como uma opção para mulheres e médicos tirarem suas dúvidas sobre possíveis perigos durante a gestação por ingestão ou uso de alguma substância (Ibidem). O objetivo do serviço era atender mulheres gestantes ou planejando engravidar, assim como médicos responsáveis por pacientes que estavam grávidas e pesquisadores interessados na temática. O serviço é gratuito e o atendimento se dava via telefone e fax, atualmente, também, através de e-mail. Um questionário com informações pessoais da gestante (idade, escolaridade, profissão), histórico de gravidez (número de filhos, se já teve abortos etc.), consumo de álcool

ou drogas, além do que teria motivado a ligação (uso de medicamentos ou outro tipo de exposição) era realizado com a paciente ou médico durante o contato via telefone, fax ou e-mail. Esse quadro de informações – o modelo do questionário pode ser visto no anexo 3 – foi importante para construir o perfil das mulheres que recorriam ao serviço, assim a forma como utilizaram o misoprostol, no caso específico de nosso interesse. Quando identificado algum possível risco teratogênico, o SIAT buscava contato com as mulheres ou médicos após o nascimento da criança para investigar a ocorrência de malformação e acompanhar o desenvolvimento do bebê nos primeiros meses.

No artigo publicado em 2019 com o título “From abortion-inducing medications to Zika Virus Syndrome: 27 years experience of the First Teratogen Information Service in Latin America”<sup>68</sup>, Lavínia Schüler-Faccini – primeira e atual coordenadora do SIAT – e um extenso grupo de pesquisadores vinculados ao serviço, discorreram sobre os 27 anos de existência do SIAT, pesquisas e contribuições para o campo da medicina genética e agentes teratogênicos humanos. Desde sua criação até o período observado pelo estudo, o serviço recebeu cerca de 11 mil ligações, sendo o uso de medicamentos durante a gestação o principal motivo de preocupação de grávidas e médicos, além de outros tipos de exposição, como local e tipo de ocupação profissional, cosméticos e infecções maternas (Schüler-Faccini et al, 2019: 297). Neste artigo, a análise do grupo aponta que o desenvolvimento de pesquisas do SIAT se dividiu em dois momentos, sendo eles: 1990 a 2006 e 2007 a 2017. De acordo com essa divisão, o serviço teve duas grandes contribuições para o campo da medicina genética e conhecimento científico: descoberta de dois novos agentes teratogênicos humanos, o misoprostol nos primeiros anos de atividade do SIAT; e o Zika Vírus nos anos de 2015 e 2016 durante a epidemia no Brasil.

Esse é um ponto fundamental para a discussão levantada nesta tese. Assim como para o GPUIM, o discurso sobre o uso *indevido* do misoprostol para a prática abortiva teve papel fundamental na consolidação institucional do grupo e grande repercussão midiática. A determinação do risco teratogênico também trouxe visibilidade ao SIAT através da mobilização social que ocasionou. É preciso lembrar que muitas matérias de jornais comparavam o misoprostol à talidomida e que o esforço em proibir a disponibilidade do medicamento no mercado farmacêutico estava em prevenir uma nova tragédia como a vivenciada anteriormente com a talidomida. Se, por um lado, o caso misoprostol serviu para dar legitimidade institucional e científica para esses pesquisadores, o inverso também

---

<sup>68</sup> “De medicamentos indutores de aborto à síndrome do vírus Zika: 27 anos de experiência do primeiro serviço de informações sobre teratogênicos na América Latina” [Tradução nossa].



aconteceu. O esforço científico em comprovar o uso *indevido* e o risco teratogênico do medicamento contribuiu para dar mais visibilidade ao misoprostol como um problema que demandava intervenção do Estado e ocorreu sob pressão social através da ação jurídica e das regulamentações sanitárias.

A relação entre o uso para finalidade abortiva do misoprostol e o risco teratogênico apareceu desde as primeiras pesquisas realizadas pelo GPUIM e não foram discutidas no capítulo anterior por ter um espaço específico neste capítulo. Esse passo inicial despertou o interesse de outros pesquisadores a respeito do efeito teratogênico que o medicamento pudesse possuir e novas pesquisas foram desenvolvidas para confirmar esse risco, principalmente pelo SIAT. Nesta tese trabalhamos principalmente com trabalhos desenvolvidos por pesquisadores brasileiros aos quais tivemos acesso durante a busca por fontes, e se mostraram relevantes e incontornáveis para a discussão travada aqui. Isso significa ser possível a existência de outros trabalhos e pesquisas referentes a essa temática, mas que não foi abordada aqui pela necessidade de determinar um recorte para análise. Produções de pesquisadores estrangeiros também serão citadas quando fazem referência aos trabalhos brasileiros ou quando dialogam com eles.

Utilizo como fonte para investigação a produção científica presente nos artigos divulgados em importantes revistas científicas, os jornais e revistas de ampla circulação e o banco de dados com registro das ligações atendidas pelo SIAT a respeito do uso do misoprostol. As informações desse banco de dados foram cedidas pela coordenadora do serviço, Dra. Lavínia Schüller-Faccini, em conversa pessoal no ano de 2019. O conteúdo foi nos repassado já despersonalizado, ou seja, não tivemos acesso aos nomes das mulheres atendidas pelo serviço. O material consta apenas informações de caráter geral que nos permite montar um perfil demográfico das mulheres que recorreram ao serviço para tirar dúvidas e a forma como utilizaram o misoprostol. Em nenhuma hipótese, identificação ou qualquer informação do tipo pessoal que comprometesse a identidade das mulheres atendidas pelo SIAT foi fornecida. Para fazer o correto e ético uso desses dados, este projeto de tese foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz/RJ, com parecer sob número 4.180.224, aprovado em 29 de julho de 2020 e cadastrado na Plataforma Brasil.

\*\*\*

### 3.2.1 – Misoprostol: dados dos atendimentos realizados pelo SIAT entre 1990 e 1999

Para discutir como o risco teratogênico do misoprostol ganhou relevância científica e social, utilizo neste tópico as informações contidas no banco de dados sobre atendimentos do SIAT, a produção científica veiculada através de artigos em revistas especializadas e jornais de grande circulação que colaboraram no processo de construção deste como um fato científico e problema social.

As informações relevantes para análise aqui desenvolvida referem-se aos atendimentos realizados entre 1990 (criação do serviço) e 1999 (abrangendo o final do recorte temporal desta tese). Neste período, constam 83 ligações, entre as quais quinze delas não possuem o registro de data específico. O questionário realizado nas ligações abrange informações das gestantes, como: idade, escolaridade, ocupação profissional, número de gestações, ocorrência de abortos (espontâneo ou provocado), tempo de gestação, quem buscou o atendimento (gestante, médico etc.), uso de álcool ou drogas ilícitas, forma de administração do misoprostol (oral ou vaginal, quantidade de comprimidos e intervalos de ingestão), existência ou não de malformação no recém-nascido, além de informações adicionais eventualmente indicadas. Esses dados são relevantes por nos permitirem elaborar um perfil, embora resumido e simbólico, das mulheres que buscaram o SIAT para tirar dúvidas sobre o misoprostol.

Entre as 83 ligações analisadas, 58 delas foram feitas pelas próprias mulheres grávidas; 17 pelos médicos responsáveis pelo acompanhamento; 4 por namorados e/ou maridos; e 4 por outras pessoas (irmã, amiga e chefe). O nível de escolaridade demonstra que o maior número de mulheres atendidas está no grupo de alfabetizadas<sup>69</sup> ou com ensino fundamental completo. Em segundo lugar, estão aquelas que possuem ensino médio e, em menor número, as que possuem formação de nível superior. Quando cruzamos o nível de escolaridade com ocupação, temos que, as mulheres com nível superior, possuem profissões consideradas de melhor grau social ou salarial; enquanto aquelas com menor escolaridade, concentram-se nas atividades domésticas ou profissões que pressupõem menor qualificação.

---

<sup>69</sup> De acordo com o PNAD, considera-se alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece. Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores, 2015. IBGE/Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

Tabela 7 – Escolaridade das mulheres atendidas pelo SIAT

Alfabetizada	10
Ensino Fundamental	33
Ensino Médio	29
Ensino Superior	8
Não consta	3
Total: 83	

Fonte: Informações sobre atendimentos no SIAT entre 1990 e 1999.  
Elaboração própria.

Tabela 8 – Escolaridade x ocupação das mulheres atendidas pelo SIAT

Escolaridade	Ocupação	Frequência
Alfabetizada	Desempregada	1
	Do Lar	5
	Faxineira	1
	Secretária	1
	Sem Informação	2
	Total	10
Ensino Fundamental	Auxiliar de Crédito	1
	Comerciária	2
	Do Lar	15
	Doméstica	3
	Estudante	3
	Garçonete	1
	Recepcionista	1
	Secretária	1
	Sem Informação	4
	Telefonista	1
	Vendedora	1
	Total	33
Ensino Médio	Auxiliar de Escritório	2
	Bancária	2
	Comerciária	2
	Contadora	1
	Departamento Pessoal	1
	Do Lar	9
	Estudante	2

	Farmacêutica	1
	Garçonete	1
	Instrumentadora	1
	Modelista	1
	Professora	1
	Recursos humanos	1
	Secretária	2
	Sem Informação	1
	Telefonista	1
	Total	29
Ensino Superior	Advogada	1
	Bancária	1
	Corretora	1
	Do Lar	1
	Pedagoga	1
	Professora	1
	Representante Comercial	1
	Telefonista	1
	Total	8
Sem Informação	Do Lar	1
	Estudante	1
	Sem Informação	1
	Total	3
Total: 83		

Fonte: Informações sobre atendimentos no SIAT entre 1990 e 1999.  
Elaboração própria.

Entre os dados obtidos durante a pesquisa, não foi possível o acesso a informações sobre moradia (estado ou região de origem da ligação) e nem sobre renda individual ou familiar. No entanto, a relação entre escolaridade e ocupação profissional tende a refletir a situação financeira das mulheres enquadradas em cada um dos grupos. Considerando com menor renda aquelas pertencentes ao grupo de alfabetizadas ou com ensino fundamental completo que desempenham atividades com menor remuneração como as domésticas, por exemplo, até aquelas com nível superior que desempenham atividades mais especializadas, como advogada, bancária, corretora ou professora e que, por este motivo, podem obter uma maior remuneração. Esta análise ressalta um dado importante na discussão sobre aborto no Brasil: a questão das condições socioeconômicas das mulheres e o acesso ao aborto. Desde as primeiras notícias sobre o uso do misoprostol como abortivo, o baixo custo do medicamento e

a facilidade de acesso foram ressaltados como características importantes para compreender a expansão desse método entre as mulheres. A venda, até meados dos anos 1990, livre na farmácia; a possibilidade de autoadministração sem envolver terceiros e o baixo custo tornaram este o método mais acessível às mulheres, principalmente àquelas com menor renda. Se comparado ao aborto cirúrgico provocado em clínicas ilegais, ainda na atualidade, mesmo obtendo o medicamento apenas através do comércio ilegal ainda é considerado menos dispendioso financeiramente. Percebe-se, também, que a existência de uma legislação excessivamente restritiva está longe de impedir a realização do aborto, mas sim expandir as desigualdades sociais que se manifestam também no acesso que as mulheres têm aos métodos abortivos desde os mais baratos e inseguros aos mais caros e seguros (Costa, 1999; Martins et al, 1991). Como comenta Diniz, “na clínica do Mato Grosso do Sul, o Citotec era o método de aborto para as mulheres descritas como ‘banguelas’, isto é, aquelas mais pobres, que não dispunham de recursos para pagar os custos do aborto cirúrgico” (Diniz, 2012: 322). Vê-se, portanto, que as aquelas com melhores condições financeiras tendem a recorrer ao modo que se mostre mais seguro e que, nesses casos, será também o que apresenta maior custo financeiro. Na contramão, as mulheres de baixo poder aquisitivo buscarão opções compatíveis com suas rendas. O misoprostol se apresentou como a melhor opção, mas não é possível afirmar que somente as mulheres pobres fizeram uso deste método. A disponibilidade nas farmácias, a facilidade de uso e o menor risco de complicações ou sequelas fizeram com que aquelas com capital financeiro também buscassem utilizá-lo.

Somado a isso, temos o fato de que, na maioria dos casos atendidos no SIAT, não se tratava da primeira gravidez. O recurso ao aborto e ao misoprostol como método abortivo aparece como solução para uma gravidez não planejada para mulheres e famílias, muitas vezes, com dificuldades financeiras. Algumas relataram, ainda, a ocorrência de abortos espontâneos ou provocados em gestações anteriores demonstrando, dessa forma, que abortar, com ou sem misoprostol, é um recurso presente na vida reprodutiva de muitas mulheres.

Tabela 9 - Número de gestações das mulheres atendidas pelo SIAT

Número de gestações	Frequência
1	22
2	23
3	20

4	9
5	5
6	1
7	1
8	1
Sem Informação	1
Total: 83	

Fonte: Informações sobre atendimentos no SIAT entre 1990 e 1999.  
Elaboração própria.

Outros hábitos que poderiam influenciar no desenvolvimento fetal também eram questionados durante o atendimento, para exemplificar: consumo de cigarro, álcool ou drogas ilícitas. A finalidade dessas indagações consistia em cruzar o uso do misoprostol com outro tipo de substâncias consideradas perigosas durante a gravidez aumentando, assim, o risco de complicações para o desenvolvimento do feto. A maior parte das mulheres atendidas relataram não utilizar cigarro ou álcool, conforme os gráficos abaixo demonstram. Na situação em que a resposta foi afirmativa, algumas relataram fumar de um até dois maços de cigarros por dia. Nos casos afirmativos para o consumo de álcool, este foi referido como social e não habitual. As informações extras não estão presentes em todos os atendimentos, portanto, torna-se complexo arrolar em forma de tabelas ou gráficos. Nesse sentido, elas serão utilizadas como complemento aos dados mais relevantes.

Gráfico 1: Consumo de cigarro

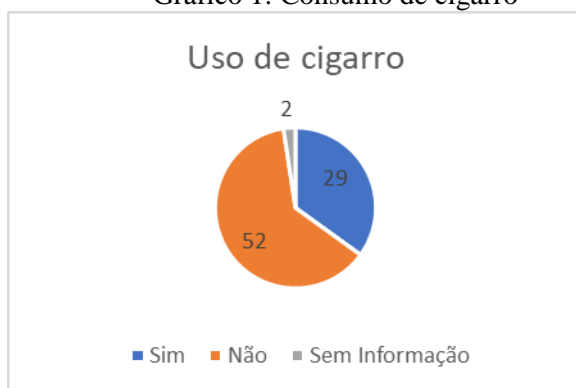
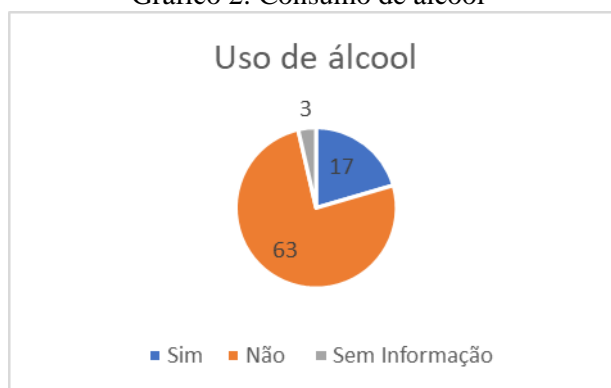


Gráfico 2: Consumo de álcool



Fonte: Informações sobre atendimentos no SIAT entre 1990 e 1999.  
Elaboração própria.

Os artigos verificados não trazem análises quanto ao consumo de cigarros e álcool informados pelas gestantes. Portanto, embora essas informações constem no formulário de entrevista e representam agentes externos com risco prejudicial para o desenvolvimento do feto, elas não foram utilizadas pelos pesquisadores de forma a demonstrar se o uso dessas substâncias - somadas ou não ao misoprostol - teriam aumentado o risco teratogênico para as crianças.

Ao adquirirem o misoprostol nas farmácias, as mulheres podiam ou não ser orientadas por balconistas e farmacêuticos sobre a maneira de administrar o medicamento: se sozinho ou acompanhado de outros comprimidos, chás, etc.; a via de administração, oral e/ou vaginal; a quantidade de comprimidos e o intervalo para ingestão. De posse ou não dessas informações, as ligações para o SIAT apontaram que a forma de uso do misoprostol se deu, muitas vezes, de forma intuitiva. Com medo do medicamento falhar e sem uma orientação profissional para recorrer, é perceptível que muitas mulheres aumentaram a dosagem de comprimidos, assim como tomaram por períodos bem maiores do que o considerado normal e seguro. O padrão médio de administração girou em torno de 2 a 4 comprimidos combinando via oral e vaginal uma única vez. No entanto, as informações apontam para situações bem diversas, assim como alarmantes.

O caso mais notável se trata de uma gestante com 19 anos que informou ser sua segunda gravidez e ingeriu 94 comprimidos, sendo 4 comprimidos a cada 2hs. A informação da via de administração – oral e/ou vaginal – não está clara nos dados. Porém, considerando que a combinação das duas vias era o padrão mais comum, é possível pressupor que foram administrados 2 comprimidos via oral e 2, via vaginal a cada duas horas. Mas este não foi o único caso em que as mulheres ingeriram quantidades aumentadas de comprimidos. Temos situações em que 46 comprimidos foram consumidos, sendo 26, via oral; e 20, via vaginal. Em outro caso, foram 64 comprimidos sendo administrado 8 deles duas vezes ao dia. Por fim, uma paciente que informou ter consumido 48 comprimidos, sendo 6 comprimidos a cada 4 horas. Não é necessário aqui enumerar cada caso e a quantidade de comprimidos utilizados. Vale discutir como o status de ilegalidade do aborto no Brasil privou e ainda impede mulheres de buscar ajuda e receber uma informação completa e segura sobre o uso do misoprostol ou outros procedimentos. Em muitos casos, o consumo é feito sem nenhuma orientação profissional, e o contexto emocional pode influenciar a forma de uso. O desespero originado de uma condição financeira difícil, a ausência de apoio por parte do parceiro, entre outras

situações poderiam levar as mulheres a utilizar o misoprostol e, na ausência de indícios de aborto, continuarem a administrar o comprimido buscando obter resultados.

As autoras Sandra Fernández Vázquez e Lucila Szwarc (2018) comentam um aspecto importante sobre estratégias adotadas por militantes favoráveis ao direito do aborto para ajudar mulheres a utilizar de forma correta e segura o medicamento. O texto revela que alguns hospitais em Buenos Aires foram pioneiros ao fornecer aconselhamento antes e após a realização do aborto, prestando informações sobre o uso do misoprostol para a referida prática com segurança. De acordo elas, o argumento utilizado pelos profissionais desses espaços foi:

[...] embora o aborto seja penalizado – com a exceção dos motivos de não punibilidade –, o fornecimento de informações não o é. Assim, os conselhos se enquadram no direito dos pacientes de receberem informações confiáveis sobre sua saúde, no dever de sigilo dos profissionais e no princípio da autonomia dos pacientes (Fernández Vázquez e Szwarc, 2018: 167).

A justificativa dada pelos profissionais atenta para um fator significativo na busca pela diminuição de riscos ligados ao uso do misoprostol: informações sobre o uso seguro. Essas ações se deram, inicialmente, de forma limitada e, por vezes, escondidas dentro das instituições e logo foram ganhando espaço e se institucionalizando em forma de redes entre profissionais e serviços (Idem). A tática utilizada nos hospitais argentinos foi apreendida a partir do contato com o modelo uruguaio de redução de riscos e danos do aborto praticado em condições de perigo. A partir de dados epidemiológicos sobre a mortalidade materna derivada da prática do aborto provocado, o Centro Hospitalar Pereyra Rossell de Montevideu no Uruguai iniciou o projeto de redução de riscos e danos considerando que o fornecimento de informações para realizar um aborto seguro colaboraria na redução das consequências que afetam a morbidade e mortalidade das mulheres nessa situação (Fernández Vázquez e Szwarc, 2018: 167). Entende-se, a partir dessas iniciativas, que acompanhadas por profissionais ou de posse de informações confiáveis, as mulheres poderiam administrar de forma mais criteriosa e, assim, evitar o consumo de forma desordenada como visto anteriormente através dos atendimentos do SIAT e que ocasionavam maiores riscos para elas.

Vê-se que o discurso sobre o perigo do misoprostol poderia ser contornado a partir de iniciativas como estas. Entretanto, é necessário perceber que elas se dão em espaços em que o aborto como uma questão de saúde pública e direito das mulheres é colocado em discussão nas várias esferas da sociedade. O contexto sociocultural intervém na forma como tais problemáticas são recebidas e pleiteadas. No Brasil, embora não exista regras específicas



sobre a concessão de informação médica sobre o misoprostol, o fato de possuímos uma legislação extremamente restritiva quanto ao aborto e uma sociedade moralista já se configura como fatores impeditivos para o fornecimento dessas informações. Médicos e farmacêuticos, por exemplo, tenderiam a não oferecer esse tipo de aconselhamento por receio do enquadramento como apoiadores e incentivadores do aborto ou mesmo receberem algum tipo de penalidade por facilitar a prática ilegal.

Tabela 10 - Informação sobre malformação nas ligações atendidas

Sim	Não	Sem Informações
11	53	19
Total: 83		

Fonte: Informações sobre atendimentos no SIAT entre 1990 e 1999.

Elaboração própria.

Apesar dos 11 casos afirmativos saltarem aos olhos quando nos deparamos com a tabela, eles não são todos referentes às crianças nascidas das gestantes atendidas pelo serviço. Em alguns casos, o relato sobre malformações na família também foi colocado como “SIM” no campo sobre malformação, e no campo de informações extras descrevia-se os problemas. Essas descrições são confusas e nem sempre deixam clara a quem se referem: se à criança das gestantes atendidas ou aos familiares. Alguns casos ficaram mais evidentes, tais como “sobrinha com cegueira e retardo mental modrado; irmã excepcional falecida com 1 ano; tio com luxação congênita do quadril; sobrinha com genitália ambígua”, entre outros. Por esse motivo não é possível assegurar que os 11 casos afirmativos para malformação se trata exclusivamente das gestantes que utilizaram misoprostol e seus filhos, excetuando os casos em que claramente informa-se “tio, sobrinha, irmã”, outras informações deixam em aberto a interpretação sobre a quem se refere a descrição. Esta pode ser uma questão relacionada ao processo de registro de informações internas à pesquisa. É possível pressupor que a criação do banco de dados sobre os atendimentos foi realizada por uma equipe especializada e envolvida com o trabalho. Diante do conhecimento pessoal sobre os dados que estavam registrando, o cuidado em torná-los compreensíveis para leituras externas não foi prioridade na dinâmica interna dessa atividade, principalmente ao pensar em leitores alheios ao campo do conhecimento destacado.

Embora com tais dificuldades, considero a análise das informações contidas no banco de dados como ganho qualitativo para o desenvolvimento desta tese. Essas informações permitiram elaborar um perfil geral das mulheres atendidas e das situações que levaram a recorrer ao atendimento do SIAT. É relevante também perceber o registro sobre as malformações, pois, em um primeiro momento, o grupo publicou artigo em que não corroborava com a relação de risco teratogênico e uso do misoprostol, como veremos adiante. Essa posição mudou a partir de novos estudos e do diálogo com outros pesquisadores e instituições. As parcerias para novas análises e observações deram fruto a novos resultados que reforçaram a tese sobre o perigo teratogênico do misoprostol.

### **3.3 – Cruzando informações: a construção do risco teratogênico do misoprostol a partir do cruzamento de pesquisas entre campos, atores e instituições**

O campo farmacêutico deteve, em grande medida o GPUIM, preponderância na determinação do uso do misoprostol para prática do aborto como *indevido*. A partir do conhecimento próprio do campo farmacêutico, elaborou-se um discurso que trouxe para o centro do debate a necessidade de maior rigidez e fiscalização sobre os produtos farmacêuticos disponibilizados no país. Já a construção do argumento sobre o risco teratogênico do misoprostol contou com uma variedade de atores e instituições. Como apontado, a primeira menção feita ocorreu nas pesquisas do próprio GPUIM. No entanto, a partir dessas primeiras evidências, novos estudos foram realizados e dialogaram entre si para conformar a tese da teratogenia do misoprostol. O SIAT teve papel fundamental nesse processo, mas contou com o cruzamento de informações com outros pesquisadores e instituições para fornecer uma base maior de casos que sustentasse a afirmação. A partir daqui irei apresentar os artigos analisados e como, a partir do debate entre especialistas, o risco teratogênico do misoprostol ganhou relevância científica e importância social. Vale lembrar, como discute Robert Aronowitz (2015), que as questões de saúde que conquistam a atenção pública e científica não são, necessariamente, as mais importantes. As práticas médicas e científicas estão tão fortemente atravessadas pela vida social e econômica que podem, em certo sentido, responder a esses elementos sem que isto seja dito ou percebido (Aronowitz, 2015: 183). Portanto, ao projetarem seus interesses sobre o caso misoprostol e o risco teratogênico deste medicamento, os pesquisadores partilhavam dos paradigmas da própria época, como por exemplo, a tragédia da talidomida que marcou o cenário de preocupações do

campo científico, assim como o panorama de ilegalidade da referida prática que dava às pesquisas sobre o misoprostol um tom de urgência social e moral. Torna-se, nesse sentido, relevante compreender os processos pelos quais determinados riscos – como o risco teratogênico do misoprostol – são reconhecidos e ganham importância em uma sociedade e não em outras. Por outro lado, como alguns riscos são captados e determinados como importantes questões científicas e sociais em detrimento de outros que foram esquecidos ou colocados como preocupação menor (Aronowitz, 2015). O risco é, portanto, contextualizado no espaço e no tempo no qual ele é alçado à categoria de problema social.

Em fevereiro de 1992, na Revista *The Lancet*, três pesquisadores do SIAT publicaram o artigo *Teratogenicity of misoprostol*. Neste, referem-se aos trabalhos publicados por Peter Schönhöfer e pesquisadores membros do GPUIM no ano anterior onde relatavam os cinco casos de defeitos congênitos associados ao misoprostol. Até aquele momento, o SIAT contava com pouco mais de um ano de funcionamento e neste período registrou vinte e nove ligações de gestantes que informaram insucesso no uso do misoprostol para tentativa de aborto no primeiro trimestre de gravidez (Schüler; Ashton e Sanseverino, 1992: 437). De acordo com os autores, as mulheres atendidas relataram uso de um até cinquenta e seis comprimidos, sendo vinte comprimidos a média de consumo. Mesmo diante desse cenário, muitas delas não conseguiram concluir o aborto e a gravidez continuou com acompanhamento através de ultrassonografias para identificar possíveis problemas no desenvolvimento fetal. Até o momento da publicação, 3 gestações tinham resultado em aborto espontâneo no segundo trimestre, 3 mulheres ainda estavam grávidas e outras 6 perderam contato com o serviço, não sendo possível acompanhar o desenrolar da gestação. Das 17 gestantes restantes, todas apresentaram nascimento de crianças vivas e sem identificação de defeitos congênitos. Diante dos resultados apresentados, os pesquisadores concluíram o artigo afirmando que os dados coletados não confirmavam a hipótese de teratogenicidade do medicamento conforme apresentado pelos demais pesquisadores anteriormente. No entanto, defendiam que estudos epidemiológicos de maior abrangência seriam necessários para alcançar dados mais substanciais. Novas investigações sobre o risco teratogênico do misoprostol surgiram dentro do próprio SIAT, assim como de outras instituições e pesquisadores.

No ano seguinte à primeira publicação do SIAT na *The Lancet*, em agosto de 1993, um grupo com dez pesquisadores ligados às áreas de genética, pediatria e ortopedia de diferentes instituições - Departamento de Ortopedia e Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Morfologia e Genética da Escola Paulista de

Medicina e, por fim, do Departamento de Genética Médica do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz – publicaram o artigo “*Limb deficiency with or without Mobius Sequence in Seven Brazilian Children Associated with Misoprostol use in the first trimester of pregnancy*” na *American Journal of Medical Genetics*. Neste, relataram a ocorrência de sete casos de malformação congênita associada ao uso do misoprostol. Nos 7 casos foram identificados diferentes defeitos nos membros e 4 foram diagnosticados como Síndrome de Moebius. A publicação traz fotografias das crianças e dos defeitos físicos identificados, assim como uma pequena descrição com dados de peso e altura ao nascimento e o desenvolvimento nos primeiros meses de vida para o caso daqueles que sobreviveram aos problemas derivados das malformações. As gestantes analisadas tinham idade mínima de 17 anos e máxima de 30 anos. Em três delas se tratava da primeira gestação, enquanto as demais já possuíam filhos. Em um dos casos tratados, a mulher relatou que a gravidez era resultado de estupro. Em todos os relatos, o Cytotec foi tomado de formas diferentes durante os três primeiros meses e as gestações prosseguiram. Essa publicação retoma os artigos publicados pelo GPUIM sobre a frequência do uso do misoprostol como abortivo, além do trabalho do SIAT citado acima. Corroboram com a tese de que o misoprostol é um abortivo ineficaz e, quando utilizado durante o primeiro trimestre, é perigoso dado a vulnerabilidade do feto em formação. Assim como o trabalho anterior, os autores concluem sem afirmar a teratogenicidade do medicamento. Eles declaram:

Os casos que descrevemos obviamente não provam a teratogenicidade do misoprostol, mas acrescentam evidências de seus riscos potenciais para o feto e sugerem que a sequência de Mobius pode representar um defeito de ruptura vascular (Gonzalez et al., 1993: 64).<sup>70</sup>

O tom apresentado pelos pesquisadores nos dois artigos aponta para a impossibilidade de confirmar, sem controvérsias, a teratogenicidade do misoprostol, visto que não era possível acompanhar a existência de defeitos congênitos nos fetos em que o aborto se concretizou. Também tendem a concordar que estudos epidemiológicos seriam importantes para determinar tal relação. No entanto, os referidos estudos, de fato, nunca aconteceram e a conformação do risco teratogênico do misoprostol se deu a partir das evidências apresentadas através destes relatos de atendimentos e casos analisados por pesquisadores interessados.

---

<sup>70</sup> The cases we describe obviously do not prove the teratogenicity of misoprostol but add evidence of its potential hazards to the fetus and suggest that the Mobius sequence may represent a vascular disruption defect. [Tradução nossa]

É interessante observar a repercussão desse artigo na própria revista. Em novembro do mesmo ano, os editores da revista convidaram um especialista em efeitos de fatores externos sobre o desenvolvimento fetal, Dr. Robert L. Brent, ligado ao Departamento de Pediatria do Hospital Universitário Thomas Jefferson, na Filadélfia, para elaborar um comentário no editorial publicado com o título “*Congenital Malformation Case Reports: The Editor’s and Reviewer’s Dilemma*”<sup>71</sup>. Neste editorial, Brent inicia lembrando o artigo de Gonzalez et al (1993) publicado no número anterior para discutir o dilema dos relatos de caso para a afirmação de teratogenia de medicamentos e o papel dos editores e revisores de revistas científicas no processo de publicação desses relatos. Para o autor, após a tragédia da talidomida, muitos casos de malformação congênita passaram a ser associados a medicamentos e substâncias químicas. Isso foi consequência do grande impacto que a tragédia causou no meio científico relacionado a fármacos e defeitos de nascimento. No entanto, segundo ele, muitas dessas associações estavam equivocadas e cita como exemplo os casos da imipramina e tetraciclina em que a indicação de efeitos teratogênicos não foi comprovada por estudos especializados. Mesmo após estudos epidemiológicos, não sustentarem a afirmação de teratogenicidade da tetraciclina, relatórios que acusavam o medicamento como teratogênico foram utilizados em litígios sobre crianças que nasceram com defeitos congênitos (Brent, 1993: 872).

Nesse sentido, o dilema de editores e revisores consistiria na decisão de aprovar ou não tais relatos de caso para publicação em revistas. Pelo lado positivo, a publicação desses casos poderia evitar que gestantes continuassem expostas a substâncias teratogênicas. Em sentido oposto, aponta que a enxurrada de publicações sobre medicamentos teratogênicos poderia gerar medo e ansiedade desnecessários a médicos e grávidas. Diante desse impasse, a solução seria observar se todos os estudos envolvendo questões teratogênicas obedeciam aos requisitos que garantiriam confiabilidade, sendo eles: 1) a análise e interpretação de estudos epidemiológicos humanos; 2) a relação entre a tendência secular de defeitos congênitos e a exposição da população à drogas; 3) capacidade de desenvolver um modelo animal; 4) relação dose-resposta e farmacocinética em um modelo animal; e 5) plausibilidade biológica da alegação de teratogenicidade (Idem). Fica claro, para o autor, que esses requisitos não poderiam ser aplicados em todos os casos, visto a inviabilidade de realização dos testes. Em outras situações, a evidência epidemiológica seria tão alarmante que tornaria desnecessário passar por todas essas etapas, a talidomida era o maior exemplo.

---

<sup>71</sup> “Relatos de casos de malformação congênita: o dilema do editor e do revisor”. [Tradução nossa].

Partindo desses critérios, Brent analisa a publicação de Gonzalez et al (1993) sobre o caso misoprostol. Para o autor, a primeira observação tratava-se da ausência de estudos epidemiológicos ou de caso-controle. Em segundo lugar, não houve extensa revisão de literatura de estudos animais, embora o autor afirme que esses não colaborariam para observação de teratogênese em humanos. Ele também aponta para a raridade do evento de ruptura vascular apresentado por Gonzalez et al (1993) como um achado relevante quanto ao uso do misoprostol por mulheres gestantes no primeiro trimestre da gravidez. Portanto, dada sua pequena incidência, a observação de grandes populações se faria necessária para identificar a taxa de ocorrência. A existência de relatos de casos anteriores, como aqueles feitos nos artigos publicados pelo GPUIM e pelo SIAT, também não poderia atestar a teratogenicidade do misoprostol devido ao baixo risco de exposição, visto a partir dos números apresentados pelos autores. Apesar dos aspectos apresentados pela pesquisa não satisfazerem os critérios estabelecidos, Brent justifica a publicação do relato na revista, pois “era biologicamente plausível e havia outros artigos para apoiar uma associação causal” (Brent, 1993:873), além de estimular que estudos epidemiológicos fossem realizados para sustentar a afirmação. Dessa maneira, embora não fosse suficiente para comprovar a causalidade da administração de misoprostol e teratogenicidade, o artigo cumpria a função de apresentar um problema para pesquisadores interessados na temática. Além de estimular a curiosidade científica que resultaria em novas pesquisas e relatos que colaborariam na construção do conhecimento acerca da problemática inicialmente levantada.

Por fim, o estudioso ressalta que a segunda grande tragédia observada através do trabalho era o alarmante número de abortos ilegais realizados no Brasil. Segundo ele, era impensável que na década de 1990 tantas mulheres ainda precisassem se submeter a métodos ilegais para interromper gestações indesejadas, independentemente do misoprostol ser ou não teratogênico (Idem). Essa é uma questão fundamental no caso do misoprostol. A produção científica que embasou legalmente o processo de restrição desse fármaco seria a mesma se falássemos de um país com uma legislação mais flexível e valores mais progressistas com relação ao aborto? Se a utilização *indevida* e sem acompanhamento profissional do misoprostol foi apontada como a causa dos efeitos teratogênicos, pensar uma nova forma de enquadramento seria possível? Como tornar o uso do misoprostol seguro e disponível para mulheres que desejassem realizar o aborto? Esses são questionamentos que retomam a relevância do contexto sociocultural da sociedade e como ele influencia a construção do conhecimento científico, nas formas de definição dos problemas sociais e as respostas dadas a

estes problemas (Cetina, 2005). A publicação desse editorial aponta para a importância que a discussão sobre o risco teratogênico do misoprostol assumiu naquele momento. É importante ressaltar o impacto que o desastre da talidomida causou no imaginário social e científico da época. Também demonstra que não era um ponto consensual entre os pesquisadores do campo da genética. Ao mesmo tempo em que alguns grupos e instituições se esforçavam em comprovar o risco teratogênico do medicamento, outros questionavam a real relevância dos dados existentes para justificar a relação causal.

A resposta ao editorial veio no ano seguinte, em junho de 1994, por pesquisadores pertencentes ao Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas – ECLAMC – com o artigo “*Teratogenicity of Misoprostol: Data from the Latin-American Collaborative Study of Congenital Malformations*”. Assinado por Eduardo E. Castilla – Departamento de Genética da Fiocruz –, e Iêda M. Orioli – Departamento de Genética da Universidade Federal do Rio de Janeiro –, o trabalho destaca a posição especial do ECLAMC na investigação sobre o possível efeito teratogênico do misoprostol. O uso deste para a prática abortiva, segundo os autores, só seria esperado em países subdesenvolvidos dada a condição restritiva das legislações sobre abortos nesses países, assim como a dificuldade de acesso das mulheres aos métodos seguros. Por outro lado, a condição de subdesenvolvimento também traz o aspecto negativo quanto ao registro de dados sobre malformações congênitas naqueles países, considerado baixo e irregular. Na condição singular de investigadores sobre malformação congênita, dados apurados ao longo dos anos permitiriam colaborar para o debate.

Considerando o período de 1991 e 1992, a instituição registrou 5.708 crianças recém-nascidas no grupo de controle com malformações e número igual para o grupo de controle sem imperfeições englobando os países colaboradores (todos os dez países da América do Sul, Costa Rica e República Dominicana<sup>72</sup>). Dentro deste número, 1.401 recém-nascidos de ambos os grupos de controle (com e sem malformações) pertenciam ao Brasil. Quanto à exposição ao misoprostol, no grupo com registro de malformação, 6 foram expostos ao medicamento; e no grupo sem deformidade, 4 foram expostos (Castilla e Orioli, 1994: 161). Totalizando 10 crianças em que foi possível identificar através do relato das mães a exposição ao medicamento. É importante ressaltar que, dada a condição de ilegalidade do aborto, o uso do medicamento poderia ter sido ocultado em outros casos. Além do Brasil, a Venezuela apresentou dois casos de exposição no grupo de controle com malformação (1.033 recém-

---

<sup>72</sup> Informação disponível <http://www.eclamc.org/port/index.php>. Acesso realizado em 18.11.2021.

nascidos) e nenhuma no grupo sem malformação (1.033 recém-nascidos). Nenhuma exposição foi registrada nos demais recém-nascidos dos países restantes (Idem). Nesses relatos de exibição, alguns deles não poderiam ser facilmente relacionados a teratógenos como os casos de Síndrome de Down. Dentre os 12 casos de exposição, apenas 4 foram objetivamente classificadas como malformação e se caracterizavam pela ruptura vascular anteriormente apontada por Gonzalez et al (1993), além do defeito no couro cabeludo e no crânio, como apresentado no primeiro artigo em que o SIAT menciona os defeitos congênitos conforme apresentado na imagem 18. Diante do exposto, os autores concluem informando que, embora cautelosos no momento de estabelecer uma relação de causa e efeito, os dados apresentados corroboram com a tese de ruptura vascular em recém-nascidos como consequência da administração do misoprostol em gestantes (Castilla e Orioli, 1994: 162). Destaco que as referências bibliográficas desse artigo englobam todas as publicações já expostas até aqui, fato este que demonstra o estrito diálogo presente entre esses pesquisadores e instituições. Retomo, assim, a importância que Latour dá aos artigos científicos como uma face importante da ciência (conhecimento) que está se construindo. O artigo científico é um veículo retórico (Latour, 2011:45). São nestes espaços que pesquisadores, grupos e instituições descrevem seus estudos e resultados, assim como cruzam conhecimentos, arregimentam aliados e se posicionam em uma controvérsia. A presença ou ausência de referências e citações não é uma questão banal dentro deste processo. Esses elementos apontam para a veracidade do que está dito ali, além de demonstrar *quem* e *o quê* está sendo lido e considerado nos debates em questão (Idem, p. 48). Cada grupo analisa casos específicos e coloca-os como pecinhas no quebra-cabeça que é a construção de um fato científico. Em nenhum dos artigos citados aqui, até o momento, vê-se a afirmativa final do efeito teratogênico do misoprostol. No entanto, a soma dos relatos e das análises constroem o conhecimento acerca desse risco, que se tornou potencialmente perigoso para o grupo de cientistas envolvidos com pesquisas sobre teratógenos humanos.

A investigação do risco teratogênico do misoprostol articulou pesquisadores de diferentes estados e instituições no Brasil. Tal diálogo é perceptível através dos artigos que passaram a ser assinados congregando os diferentes interessados na temática. Por vezes essas parcerias foram feitas também a nível internacional. Respeitando o recorte temporal estabelecido nesta tese, os dois últimos artigos analisados aqui combinaram pesquisadores de diferentes origens para conformar o risco teratogênico do misoprostol. Ao chegar ao ano de 1998, ponto final dessa análise, é possível perceber que o processo de normatização do



misoprostol já se encontrava nos momentos finais, visto seu enquadramento na Portaria nº 348/98 referente ao controle de substâncias especiais no Brasil. Vale lembrar que apesar da restrição da comercialização e do uso ao ambiente hospitalar, isto não significou o desaparecimento do misoprostol e do seu uso para a prática do aborto na sociedade.

Durante os anos de 1996 e 1997, Lavínia Schüller – coordenadora do SIAT – realizou seu pós-doutorado na Universidade de Toronto, Canadá<sup>73</sup> e no Hospital for Sick Children (SickKids). Nota-se, nesse período, a publicação de trabalhos sobre o misoprostol em parceria com pesquisadores desta universidade, assim como com a participação de outros pesquisadores brasileiros ligados ou não ao SIAT. Em junho de 1998 foi publicado o trabalho “*Use of Misoprostol during pregnancy and Mobius Syndrome in infants*”<sup>74</sup> na revista *The New England Journal of Medicine*. Cientes que o primeiro estudo não revelou o efeito teratogênico do misoprostol (Schüller; Ashton e Sanseverino, 1992), os pesquisadores do SIAT, em parceria com a Universidade de Toronto, decidiram realizar uma nova observação para identificar o risco do misoprostol para a formação fetal. Entre os anos de 1990 e 1996, dados de 96 bebês diagnosticados com Síndrome de Moebius e 96 bebês com defeitos no tubo neural (grupo de controle para comparação) foram coletados em sete hospitais brasileiros e enviados para análise em Toronto. Em 47 bebês com Síndrome de Moebius, entre os 96, foi identificado uso do misoprostol pelas gestantes no primeiro trimestre. Dessas, 20 relataram apenas emprego oral; outras 20 informaram como manuseio oral e vaginal; 3 delas fizeram apenas uso vaginal e 4 não informaram o modo de administração (Pastuszek et al., 1998: 1883) e apenas em três casos de defeito no tubo neural foram relatados a utilização do misoprostol. Os autores destacam que se tratava de pacientes não descritos em estudos anteriores, ou seja, inéditos para análise.

Mais uma vez, as entrevistas com as gestantes demonstraram o uso diferenciado a partir de conhecimentos próprios ou repassados por terceiros. As mulheres fizeram uso do medicamento entre 1 e 10 dias com quantidades diferentes de comprimidos. Utilizaram outras substâncias combinadas ao misoprostol – chá de ervas e outros medicamentos –, ou repetiram doses do remédio meses após a primeira tentativa. Passados alguns anos após o primeiro estudo – 1992 – e com uma bagagem maior de evidências e diálogo com outros cientistas e suas investigações, a conclusão dessa análise aponta como positiva para a associação do uso de misoprostol pelas gestantes e risco aumentado para Síndrome de Moebius nas crianças. É

---

<sup>73</sup> Conforme informação contida no Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9393903837681988>. Acesso realizado em 18.11.2021 às 21h30.

<sup>74</sup> “Uso de Misoprostol durante a gravidez e Síndrome de Moebius em bebês”. [Tradução nossa]

interessante salientar a preocupação do grupo sobre possíveis “vieses” subjetivos na pesquisa. Esses, no entanto, são alocados para as respostas das mulheres às entrevistas. Pois,

[...] as mães em ambos os grupos podem ter relutado em relatar o uso do misoprostol devido às implicações legais e morais do uso de um abortivo no Brasil. Por outro lado, o relato exagerado é improvável porque não há razão para que uma mulher afirme falsamente que usou um medicamento com o propósito ilegal de abortar uma gravidez (Pastuszak et al., 1998: 1884).<sup>75</sup>  
[Tradução própria]

Vê-se que a possibilidade de influência de valores sociais presentes no contexto de ilegalidade do aborto é destinada às mulheres ouvidas pelos pesquisadores. No entanto, não seria possível que essa influência do contexto sócio-histórico também ocorresse sob os profissionais relacionados à pesquisa? Na forma como entrevistam, como coletam e analisam as informações? A ideia de que a ciência é pura e objetiva foi construída para ocultar a possibilidade de que essa esteja relacionada a sociedade e seus problemas. Colocando, assim, as questões subjetivas somente para os indivíduos que estão fora dessa atividade. Porém, como bem salientado por Ludwik Fleck, é necessário perceber em que medida os fatos médicos são condicionados pela história e pela cultura (Fleck, 2010:15). Na mesma medida em que o temor por relatar uma prática ilegal pode ter enviesado os relatos das mulheres entrevistadas, o contexto de associação cada vez maior por substâncias teratogênicas em humanos e a complexidade envolvida pela ilegalidade do aborto podem ter influenciado como os pesquisadores olham, analisam e desenvolvem seus argumentos.

Por fim, diferente das conclusões apresentadas no primeiro trabalho do SIAT, este artigo concluiu que o uso do misoprostol nos primeiros meses de gestação tem forte associação com a Síndrome de Moebius. Embora, afirmam eles, o risco teratogênico absoluto do uso do misoprostol seja provavelmente baixo (Pastuszak et al., 1998: 1884).

Para evitar a repetição, a análise dos artigos científicos sobre a construção do perigo teratogênico do misoprostol é finalizada aqui ciente que há inúmeros trabalhos que não foram citados. No entanto, o recorte da tese se deu privilegiando as pesquisas realizadas por estudiosos brasileiros – com ou sem parcerias –, assim como trabalhos de pesquisadores estrangeiros que porventura citassem os trabalhos relevantes para nossa análise. Assim,

---

<sup>75</sup> “However, there are possible sources of bias in our study. Mothers in both groups might have been reluctant to report the use of misoprostol because of the legal and moral implications of using an abortifacient in Brazil. Conversely, overreporting is unlikely because there is no reason to expect that a woman would falsely state that she had used a medicine for the illegal purpose of aborting a pregnancy”.

sabemos da impossibilidade de dar conta de todas as publicações referentes ao misoprostol dentro do período estudado.

O objetivo de citar os artigos aludidos e analisar seus discursos repousa no fato de que esses são os principais veículos de divulgação e diálogo no campo da ciência. É através da publicação em revistas especializadas que esses pesquisadores tornaram seus trabalhos conhecidos e chamaram atenção para as problemáticas destacadas, assim como receberam colaboração acerca dos temas.

Entre os debates sobre a relação entre misoprostol e teratogenia, percebemos discursos que defendiam a afirmação do perigo, assim como aqueles que questionavam a extensão dos dados disponíveis como suficientes para provar tal relação de causalidade. Alguns elementos são comuns às publicações, tal como a constante ênfase dada a importância de realizar estudos epidemiológicos que apresentassem maiores evidências sobre a incidência de teratogenia associada ao medicamento. Na conjuntura dessa discussão, em outras arenas, estavam o movimento de mulheres e movimento feminista argumentando em favor do medicamento como alternativa segura de realizar o aborto em contraposição a métodos mais invasivos e perigosos. No Jornal da Rede – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos –, no ano de 1992, tem-se a seguinte matéria:

Imagem 19 – Cytotec: avanço ou retrocesso?

**CYTOTEC<sup>R</sup>: AVANÇO OU RETROCESSO?**

<p>Volta às páginas dos jornais nacionais a polêmica em torno do Cytotec<sup>R</sup>. Iniciativas recentes propõem a sua retirada do mercado brasileiro, a exemplo do que já ocorre no Ceará. O Cytotec<sup>R</sup>, única prostaglandina disponível no país e de administração oral, é usado por mulheres e profissionais de saúde para provocar a interrupção da gravidez. Seu uso, além de se configurar como importante</p>	<p>arsenal terapêutico na área da ginecologia e obstetrícia, parece estar promovendo uma modificação positiva nos padrões de morbi-mortalidade por aborto. Para as mulheres tem sido uma opção, diante do contexto de ilegalidade em que esta escolha se realiza.</p> <p>A possibilidade de má formação fetal decorrente do uso do Cytotec<sup>R</sup> situa-se, até o momento, no plano das</p>	<p>denúncias, não existindo dados que confirmem tal efeito. É fundamental a realização de pesquisas que levantem dados concludentes sobre a existência ou não desse risco.</p> <p>Estudos em curso no país, como o que vem sendo realizado pela ECOS (SP) e pelo Instituto de Saúde de São Paulo, podem oferecer importantes subsídios ao movimento feminista que deverá ocupar com urgência seu lugar político nessa discussão.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Jornal da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos  
Ano 1, nº 2, outubro de 1992, p. 3.

A polêmica sobre o misoprostol esteve nas páginas dos jornais desde o momento que as autoridades médicas, sanitárias e jurídicas, assim como indivíduos de outros segmentos sociais, identificaram o uso *indevido* do medicamento para a prática abortiva. Após os primeiros estudos, o perigo teratogênico também passou a ser uma problemática em torno da

disponibilidade desse medicamento. Nesse trecho da matéria, vemos que há duas questões importantes. Primeiro, qual o status que o misoprostol ocupava no debate mais amplo sobre o acesso ao aborto? O lugar de uma inovação eficaz que traria mais segurança e facilidade para as mulheres ou o espaço de um medicamento perigoso para a saúde delas, mas principalmente para as crianças resultantes de um aborto não realizado? Em segundo lugar, diante de um debate já acalorado no âmbito científico – quanto à indicação de uso e risco teratogênico –, e jurídico – quanto à ilegalidade do aborto –, qual o papel do movimento de mulheres e feminista nessa discussão? Como se posicionariam diante dessas controvérsias? Vê-se, assim, que se o acesso ao aborto se configura como importante demanda das mulheres e estas não poderiam estar ausentes do debate sobre a disponibilidade ou restrição do misoprostol no Brasil.

Outro ponto importante é que em nenhum estudo vemos a afirmação acabada e consensual sobre o perigo teratogênico do misoprostol. Na maioria dos trabalhos acima descritos percebemos palavras como “indica o risco ou aponta possível risco”, colocando-o como a possibilidade de algo acontecer, embora sem condições de estimar as reais estatísticas relacionadas a esse perigo. Isso nos direciona para o artigo publicado por Marilena Corrêa e Miryam Mastrella (2012) sobre as controvérsias científicas em torno do misoprostol e seu uso como abortivo no Brasil. A partir da análise de 68 trabalhos publicados entre os anos de 1991 e 2011, as autoras identificaram um interesse *sui generis* dos pesquisadores brasileiros pela associação entre misoprostol e a ocorrência da Síndrome de Moebius perceptível através das publicações científicas (Corrêa e Mastrella, 2012: 1778). Corrêa e Mastrella argumentam que os trabalhos analisados se tratavam de relatos de casos clínicos e que embora não preenchessem os critérios imprescindíveis para a criação de evidências que permitiriam comprovar a relação entre misoprostol e a ocorrência da Síndrome de Moebius, todos eles apontavam para esse perigo nas conclusões dos artigos. Assim, as autoras apontam para uma controvérsia envolvendo o misoprostol e aborto. Por um lado, o medicamento foi arrolado repetidamente em diversos artigos científicos das áreas de farmacologia e genética como perigoso agente teratogênico e causador da Síndrome de Moebius. Na contramão dessas afirmações, seu uso ganhou status de essencialidade na área médica-obstétrica, como evidenciado a partir da sua inclusão na RENAME do Ministério da Saúde (2010); sua importância para utilização nessas áreas consta em importantes estudos sobre saúde pública no Brasil, tal como “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos” (2009), além do estatuto de

importância farmacológica garantido pela Organização Mundial da Saúde (Corrêa e Mastrella, 2012).

Nesse sentido, o misoprostol adquiriu uma dupla cidadania no Brasil, mantendo um status médico e legal ambíguo (Zordo, 2016). Sua utilização no ambiente hospitalar é legal e garantida aos profissionais médicos, assim como reconhecida pelas instituições e autoridades sanitárias. Já sua utilização pelas mulheres se tornou ilegal a partir do processo de restrição que culminou com a sua progressiva normatização no país tornando-o inacessível, embora sua venda persista no comércio ilegal.

Apesar de uma hipótese científica não inteiramente comprovada, como pontuado por alguns autores até aqui, quando transportados para o discurso midiático e outras arenas (a jurídica, por exemplo), essas análises aparecem como afirmações objetivas e ganham status de verdade, de fato, ou seja, um fato científico incontestável e universal. Isso diz muito sobre a comunicação entre os mundos esotérico (dos especialistas) e exotérico (dos leigos, em geral). Pois,

O fundamento do saber exotérico é a confiança na competência dos especialistas esotéricos. O saber exotérico simplifica, omite detalhes e generaliza para ser compreensível aos leigos. Mas, inversamente, o saber esotérico também depende do saber exotérico: este último se apresenta a ele como opinião pública popular, serve-lhe como fonte de sua legitimação (Fleck, 2011:26).

Assim, o conhecimento científico alimenta e é alimentado pelo mundo externo. Se a mídia, por exemplo, apropria-se e transforma o conteúdo científico, popularizando-o, ela também colabora no processo de legitimação do que está sendo produzido pelos especialistas. A mobilização da opinião pública, dos indivíduos e seus valores morais legitima e influencia o processo de construção do conhecimento conformando aquele problema como de interesse social.

No Jornal do Brasil, em fevereiro de 1995, “*Droga produz malformações*” é o título de uma pequena chamada sobre o documentário produzido pela BBC de Londres sobre o efeito teratogênico do misoprostol nos bebês (Jornal do Brasil, 1995: 10). Esse documentário também foi citado na matéria “*Remédio contra úlceras deformaria fetos*”, do Jornal O Globo. Segundo eles,

Um documentário veiculado pela BBC de Londres denunciou que o uso do medicamento Cytotec (cuja finalidade é combater úlceras) como abortivo por milhares de mulheres latino-americanas, entre elas brasileiras, **pode**

**provocar sérias malformações nos recém-nascidos.** O médico Antonio Moron, especialista em medicina fetal, chegou a afirmar que **o medicamento representa uma ameaça maior que a talidomida.** [...] Quando o aborto não se completa, **os estudos iniciais divulgados pela BBC mostram que entre oito e dez por cento dos bebês apresentam malformações** (Jornal O Globo, 1995: 20). [Grifos nossos]

O jornal não informa sobre quais estudos sustentam as informações contidas no documentário, dessa forma, não é possível identificar se os artigos analisados nesta tese serviram como embasamento para a produção da BBC. No entanto, nota-se que a matéria apresenta o misoprostol como um perigo eminente visto que chega a ser “uma ameaça maior que a talidomida” (Idem). Mais uma vez, o caso misoprostol é comparado à talidomida e, diante da tragédia anterior, cabia às autoridades sanitárias evitar um novo desastre envolvendo medicamentos e malformações congênitas. Além disso, a matéria apresenta que o documentário informa uma taxa de 8% a 10% de recém-nascidos com malformação derivada do uso do misoprostol. Essa porcentagem salta aos olhos e parece um dado importante, mas, por não citar os estudos que embasaram e por não termos conseguido acesso ao próprio documentário, a análise dessas informações foi inviável.

Importantes revistas de ampla circulação também trouxeram debates sobre o misoprostol. Na matéria já citada, “*O comprimido do não: cresce no Brasil o consumo de Cytotec, o remédio antiúlceras usado para provocar o aborto*”, da Revista Veja de 1994, ao entrevistar médicos a respeito do uso do medicamento como abortivo e os benefícios ou malefícios que este representava, tem-se:

Para piorar, há o risco de malformação do feto, caso o aborto não se consuma e a gravidez prossiga. Há vinte casos registrados no Brasil de lesões fetais graves por causa do uso de Cytotec. Amputações de membros, anomalias faciais. Coisa séria. É um caminho sem volta. Nele não cabe o arrependimento. Caso o remédio não expulse o feto, a mulher tem de ir para uma curetagem, diz um médico em Salvador (Revista Veja, 1994: 43).

O perigo de malformação congênita associado ao uso do misoprostol esteve no centro das atenções para médicos e pesquisadores da área, assim como para a mídia e a sociedade que se apropriava desse debate. Esses estudos circularam em importantes revistas acadêmicas e se tornaram objeto de notícia nos veículos de comunicação colocando o debate científico em evidência e construindo-o como problema social. Um problema social não é uma condição

objetiva e dada na sociedade, mas sim resultado de uma construção coletiva responsável por definir, moldar e legitimar tais problemas condicionado pelo arranjo social (Blumer, 1971) e ele sempre será um ponto focal de interesses e intenções conflitantes (Idem, p. 301). Para Hebert Blumer, a definição de um problema social passa por cinco etapas. Sendo elas: a emergência de um problema social; a sua legitimação; a mobilização de ação em relação ao problema; a formação de um plano de ação oficial e a transformação do plano oficial em sua implementação empírica (Ibidem). Ao ganhar um grau de respeitabilidade como tal, ele pode ser considerado dentro das arenas de discussão públicas (imprensa, igreja, escola, organizações cívicas, câmaras legislativas etc.). Nota-se, portanto, que o caso do misoprostol percorre as etapas que o caracteriza como um problema social.

Por fim, vale salientar o efeito do discurso científico sobre o conjunto das práticas jurídicas, conforme apontado por Michel Foucault a partir do exemplo das perícias psiquiátricas e de seu papel na penalidade (Foucault, 2012: 59). É o estudo elaborado nos campos médico-científicos, farmacêutico e medicina genética que irão embasar a argumentação jurídica contrária a disponibilidade do misoprostol no mercado brasileiro, defendendo a retirada imediata e a restrição do uso. Ao longo da Ação Civil Pública iniciada pelo Procurador Oscar Costa Filho, na Justiça Federal do Ceará, será perceptível como o argumento científico comprovado com artigos científicos e matérias de jornais anexadas ao processo legitimou a suspensão das vendas do medicamento no Ceará e, depois, no restante do Brasil conforme analisado no próximo capítulo.

Vê-se, portanto, que a produção científica analisada até aqui, no campo farmacêutico e da genética, foi fundamental para o enquadramento do misoprostol como um problema de saúde e social que irá demandar, nesse sentido, interferência de âmbito legal para controlar e fiscalizar sua existência no país. Os dados, estatísticos ou não, foram utilizados como legitimação argumentativa no processo de normatização da comercialização e do uso do medicamento. Nesse momento, aponto para o cruzamento entre as duas esferas de poder: o científico e o legal - unidos para conformar o misoprostol como um risco social que deve ser enquadrado em medidas restritivas.

## **CAPÍTULO 4. A CLANDESTINIDADE DO CYTOTEC: O ENQUADRAMENTO JURÍDICO-SANITÁRIO E A CONDENAÇÃO DAS MULHERES QUE ABORTAM**

No dia 29 de novembro de 2002, o jornal Pioneiro de Caxias do Sul, apresentou na capa da edição diária com grande destaque a matéria “Abortivo à venda no Camelódromo”. Além da chamada em letras grandes, a matéria apresentava a foto da embalagem do medicamento Cytotec no centro da página. A rápida observação desses detalhes aponta para a importância que o assunto tratado na reportagem assumiu naquela publicação.

A análise da matéria reitera essa afirmação, pois o espaço dado a investigação jornalística do comércio ilegal do Cytotec no camelódromo de Caxias do Sul foi um desdobramento da operação da Polícia Federal de apreensão do produto no local, em maio daquele mesmo ano. Segundo o jornal, a apreensão de 40 toneladas de produtos ilegais “não inibiu alguns comerciantes de continuar desafiando a lei” (Pioneiro, 2002: 3). Pois a equipe de reportagem conseguiu comprar em uma das bancas, por apenas R\$ 25,00 a unidade, comprimidos avulsos de Cytotec. Na continuação da matéria, o jornalista mostra vários detalhes da prática comercial: “a compra dá direito ainda a um brinde, um receituário prático aplicado pelos camelôs sobre a posologia e os efeitos do remédio” (idem). Ao tentar realizar a mesma compra em outra banca, a comerciante informou que o medicamento acabou no dia anterior devido à grande procura, mas poderia pegar “emprestado” com outros camelôs. Cientes da ilegalidade da comercialização, os comerciantes adotavam medidas de precaução como exigir a encomenda do produto e não expor nas prateleiras. Constatada a prática, a equipe do jornal buscou falar com os órgãos responsáveis pela fiscalização, mas informou que as “autoridades se esquivaram” a respeito das denúncias.

Para enfatizar o conteúdo da denúncia, a reportagem transcreveu o diálogo entre a repórter (suposta cliente) e a comerciante do camelódromo sobre a indicação do medicamento feita, em alguns casos, por médicos que orientavam as pacientes onde deveriam adquirir a substância.



Imagem 20 - Venda ilegal de Cytotec no camelódromo

**▼ A COMPRA**

**Trechos da conversa gravada entre a repórter e a vendedora da banca 46**

**Repórter:** Oi, eu vim buscar aquele remédio, o Cytotec.

**Teresinha:** Quantos tu queria?

**R:** Dois.

**T:** Então faz assim: disfarça e vai olhando um brinquedo, um carrinho...

**R:** Eu gostaria que tu me explicasses bem como funciona, porque eu estou com medo...

**T:** Tu faz o seguinte: coloca um na vagina, bem profundo, e toma o outro. De quantos meses você está?

**R:** Acho que é de uns dois e meio...

**T:** Ah, então dois vai ser pouco.

**R:** É? E aí, eu posso comprar mais?

**T:** Sim. Se tu tomar esses já vai adiantando, depois tu compra mais.

**R:** Tem bastante mulheres que compram?

**T:** Ih... um monte. Ontem mesmo, vendemos para uma menina. Outro dia, ela comprou dois, e ontem, ela veio buscar mais dois. E ela já estava com cólica e tudo (a cólica é decorrente do efeito do remédio)

**R:** Eu estava meio insegura, não sabia se devia, se não devia...

**T:** É, tem que estar bem consciente... tem que pensar bem se é isso que tu quer, se não dá para dar um jeito.

**R:** E esse remédio eles não vendem legalmente, assim, em farmácia, né?

**T:** Não, imagina, é o maior sigilo...

**R:** E então eu posso vir buscar mais?

**T:** Sim, eu tenho mais. Até, se você quiser amanhã, pode vir buscar. Mas eu tenho que me cuidar muito, aqui na frente, porque o pessoal (os colegas de outras bancas) fica de olho.

**R:** O pessoal não sabe que aqui se vende isso?

**T:** Não, isso é muito proibido, é contra a lei. (Nesse momento, chega uma cliente e ela disfarça)

**R:** E vocês pegam de onde esse remédio?

**T:** Do Paraguai. Mas não vem do Paraguai, vem dos Estados Unidos, da Itália...

**R:** É difícil conseguir, né?

**T:** É, na farmácia não se consegue. Só se algum médico muito conhecido indicar, e ainda eles mandam aqui. Eles indicam aqui quando o feto está morto, para tomar o remédio e depois fazer a curetagem. Esse remédio é muito bom para gastrite, mas também provoca aborto. Por isso é que saiu da farmácia.

**R:** E tem algum médico que indica esses remédios?

**T:** Dizem que tem, mas tem que ser médicos conhecidos. Eu não sei quem são.

**R:** Para aborto também?

**T:** Sim. Principalmente para mulheres que têm problema e não podem levar adiante a gravidez.

**R:** Tem que ser tudo escondido, né?

**T:** É, isso é muito sigiloso, é crime.

**R:** E vocês não têm medo de alguém descobrir?

**T:** Não, é tudo bem discreto.

Fonte: Jornal Pioneiro, 29.11.2002, pág. 3.  
Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

O aconselhamento sobre a forma de utilização do medicamento parte da própria comerciante que orienta o modo de ingestão, quantidade e tempo de intervalo. Além disso, devido ao período adiantado da gestação, pois a repórter informou dois meses e meio, diz à cliente que será necessário mais que dois comprimidos e que, por isso, ela deverá voltar para comprar outros no dia seguinte. O diálogo nos remete ao texto “Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres”, de Débora Diniz e Alberto Madeiro (2012). Ao analisar os processos que envolvem o comércio ilegal do medicamento e a prática do aborto pelas mulheres, os autores destacaram o papel importante que os intermediários (farmacêuticos, donos de farmácias e/ou estabelecimentos comerciais) assumem no roteiro do abortamento ilegal no país. Segundo eles,

Os intermediários assumem um papel importante na trajetória reprodutiva das mulheres: eles as orientam quanto à rotina de usos, regimes e doses do Cytotec® e sugerem medidas terapêuticas preventivas para controle de infecção (Diniz e Madeiro, 2012: 1799).

Assim, reafirma, mais uma vez, que a disseminação do Cytotec como método abortivo foi resultado do trabalho de muitos sujeitos envolvidos na rede de comercialização e uso do medicamento. Questionada sobre a origem do medicamento, a comerciante informou que o produto chegava de fora do país. Muitas vezes, através do Paraguai, vindo dos Estados Unidos e Itália formando uma grande rede de comércio ilegal do Cytotec para o Brasil. As informações prestadas pela vendedora denotam que, apesar da ilegalidade de tal comércio e das medidas de restrição – a reportagem é de 2002, ou seja, o misoprostol já havia sido enquadrado na Portaria nº 344/98 –, essa prática era bastante consolidada sendo os próprios médicos, muitas vezes, participantes desse negócio que envolvia também comerciantes e mulheres.

A matéria repercutiu nas edições posteriores. No dia seguinte, o assunto ocupava novamente uma página do jornal com a chamada “Venda de Cytotec será investigada” como resultado imediato da denúncia feita no dia anterior. De acordo a publicação, os permissionários das bancas flagradas vendendo o medicamento corriam o risco de serem expulsos do camelódromo. Alguns dias depois, em 4 de dezembro, um pequeno artigo “Comércio e saúde pública”, assinado pelo médico ginecologista Marco Tulio Zanchi,

condenava a venda ilegal de Cytotec pelos danos e custos que essa prática representava para os hospitais e para o poder público. O médico finalizou dizendo, “vamos sugerir aos nossos camelôs doarem anticoncepcionais ao invés de venderem Cytotec” (Pioneiro, 2002: 3).

Imagem 21 - Camelôs vendem remédio abortivo



Fonte: Jornal O Pioneiro, 29.11.2002, Caxias do Sul/RS.  
Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

A matéria apresentada acima é representativa do processo de normatização sanitária e jurídica ao qual o Cytotec foi submetido no Brasil. O enquadramento sucessivo em portarias e decretos que regularam não só a comercialização para os clientes, mas também a aquisição e o

estoque do produto pelas farmácias, resultaram da combinação entre ciência e aparato legal que culminou, entre outras coisas, primeiramente na regulamentação da venda nos estados e, posteriormente, na inclusão da substância na Portaria nº 344/98 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o controle de substâncias especiais em todo território nacional. Assim, a consequência mais visível da normatização do misoprostol foi torná-lo inacessível ou, pelo menos, um pouco mais difícil, às mulheres que buscavam induzir o aborto. Embora as regulamentações visassem impedir a utilização do Cytotec para o aborto ilegal, na prática o que se viu foi a imposição de maiores riscos às mulheres que precisaram, a partir de então, recorrer ao comércio ilegal que, em muitos casos, não garantia a proveniência do medicamento - além de significar custos maiores para a aquisição do produto. Como observado por Mabel Bellucci, “o que a proibição parece afetar são as regras do jogo, ou seja, as condições, e não a prática em questão” (Chaneton e Vacarezza apud Bellucci, 2014: 401).

Neste capítulo busco traçar o processo pelo qual os conhecimentos científicos produzidos no campo farmacêutico e da medicina genética foram traduzidos para o âmbito jurídico como legitimação e respaldo do aparato legal engendrado sob o Cytotec no Brasil. Assim, tenciono construir uma narrativa através da qual perceberemos como a normatização do Cytotec incidiu principalmente sobre as mulheres, tornando ainda mais inseguro o caminho daquelas que buscam interromper uma gestação. Criando, nesse sentido, uma dupla condenação sob as mulheres: pela prática de um aborto ilegal e por utilizar um medicamento igualmente ilegal. Importante salientar que no processo de normatização e construção do imaginário social contrário ao Cytotec, a mídia atuou como um poder capaz de interferir nas percepções positivas ou negativas que o público elaboraria acerca do medicamento. Dessa forma, embora reconhecendo que a formação da opinião pública incorpore aspectos referentes a individualidade dos sujeitos, temos os meios de comunicação como importantes formadores das concepções acerca da realidade social. Através das notícias veiculadas sobre o Cytotec perceberemos, portanto, a prevalência do tom que associa o medicamento ao risco e à ilegalidade criando um cenário negativo em torno de sua existência e comercialização no mercado brasileiro.



#### **4.1 A judicialização do misoprostol: o enquadramento jurídico e sanitário do medicamento**

A construção do Cytotec como um problema social esteve amparada na produção do conhecimento médico-científico, – tomando como legitimação a ilegalidade do uso para a prática abortiva classificado como *indevido* pelo campo farmacêutico e o perigoso potencial teratogênico associado ao medicamento pela área da medicina genética. Configurou-se a justificativa e legitimação jurídica para o processo de normatização dessa substância no país, que iniciou com a limitação da sua comercialização e culminou com seu enquadramento na Portaria nº 344/1998, controlando a comercialização e disponibilidade de substâncias especiais no país.

Dessa forma, percebe-se como a produção médico-científica analisada nos capítulos anteriores foi amplamente retomada em atos jurídicos que tiveram como objetivo proibir a comercialização da substância no país. O ponto de partida para a análise desenvolvida neste capítulo é a Ação Civil Pública de autoria do Procurador da República Oscar Costa Filho, em julho de 1991, na Justiça Federal do Ceará. O processo contém quatro volumes e aproximadamente 600 páginas com a última movimentação feita no ano de 2006 demonstrando, assim, que o processo de normatização e controle do Cytotec ultrapassou o recorte estabelecido nesta tese e se mostra permanente e atual. O extenso número de páginas corresponde ao caráter polêmico que o assunto assumiu na sociedade brasileira e ao dispositivo discursivo utilizado pelo autor da ação: a ciência. A escolha por esse caminho do discurso não foi ingênua. A narrativa científica aparece sob o status de algo que foi empiricamente comprovado, ou seja, tratava-se de um fato “comprovado cientificamente”, como se diz no linguajar popular e, portanto, acima de posicionamentos particulares, questionamentos e dúvidas. Somado ao significado da comprovação científica, tem-se também a autoridade dos sujeitos que falam e de onde falam. Assim, as pesquisas e os pesquisadores citados são localizados a partir dos seus locais de fala, ou seja, de suas instituições e reputações que agregam ainda mais valor às pesquisas e resultados. O poder de coerção do discurso científico, como expresso por Pierre Bourdieu, também se produz a partir da autoridade científica (Bourdieu apud Ortiz, 1983: 123) que os sujeitos possuem e se caracteriza pela capacidade técnica e poder social. Considerando a produção rigorosa analisada até aqui – no campo farmacêutico e da medicina genética – fala-se de sujeitos com autoridade científica comprovada através das publicações, inclusive pelo reconhecimento

científico das revistas nas quais publicaram, pelas instituições às quais estão vinculados – universidades, centros de pesquisas, hospitais e órgãos públicos -, assim como pelas relações sociais que permitem a circulação desses sujeitos e a repercussão de suas pesquisas. Diante do respaldo científico e social desses atuantes, as pesquisas e resultados por eles apresentados se colocam como argumento legítimo para a operação jurídica analisada. Dessa forma, o procurador Oscar Costa Filho anexou cuidadosamente os artigos científicos (integralmente ou trechos) publicados em revistas nacionais e internacionais, assim como matérias publicadas em jornais de ampla circulação que tratavam sobre o problema do Cytotec no país. Não escapa à análise aqui desenvolvida um dado importante: a Ação Civil Pública partiu do Ceará, isto é, mesmo local de origem do GPUIM, instituição responsável por grande parte da produção sobre o enquadramento do *desvio* do uso do Cytotec no campo farmacêutico. A repercussão na mídia local das pesquisas do grupo contribuiu para colocá-lo como um problema digno da atenção das autoridades locais e do interesse público. A proximidade entre o autor da ação e membros do GPUIM permitiu que amplo diálogo fosse travado para a elaboração do processo e suas justificativas, fato que não passou despercebido dos jornais da localidade.

No dia 28 de junho de 1991, o Jornal O Povo divulgou a reunião ocorrida na sede do Conselho Cearense de Direitos da Mulher (CCDM), representado pela presidente Fátima Dourado; o procurador Oscar C. Filho, o GPUIM, por Dra. Helena Coelho; representantes da Vigilância Sanitária do Município, da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia e do Conselho Regional de Farmácia. De acordo com a informação apresentada pelo jornal, a discussão girou em torno da proposta do procurador em solicitar a interdição do medicamento no Ceará. Segundo o autor do pedido, “estou confiante na decisão da Justiça, uma vez que muita gente poderá sofrer prejuízos incalculáveis devido à ingestão do Cytotec” (Jornal O Povo, 28-06-1991: 9). Disse também que “o Ceará partiu na frente desse procedimento” (Idem) corroborando com a alegação feita anteriormente, nos trabalhos apresentados pelo GPUIM, que o Estado teve proeminência em perceber o problema e buscar resolvê-lo. Neste caso, a primazia seria daqueles sujeitos (médicos, pesquisadores, administradores, agentes da lei) que, identificando uma questão polêmica, logo se puseram a trabalhar em prol do assunto.

PORTALEZA-CE  
SEXTA-FEIRA, 28/JUNHO/1991


O POVO/CIDADES

## Abortivo deve ser proibido

Remédio causa ainda anomalias no feto

Portaria disciplinando a venda será assinada hoje

**CASO NA JUSTIÇA**



Fátima Dourado (C) lembra que bula americana do medicamento alerta para contra-indicação

Uma droga que hoje é a principal responsável pelo aborto provocado, e cuja bula é uma verdadeira propaganda desse procedimento. A Presidente do CCDM, acrescenta que o Cytotec é vendido descontroladamente nas farmácias. Ela diz também que a Secretaria de Saúde do Município se comprometeu, caso a liminar seja concedida, a colocar o seu corpo de fiscais para vistoriar os estabelecimentos de venda.

Enquanto na bula brasileira, no item de contra-indicações, está escrito que "não se conhece a ação de Cytotec sobre o desenvolvimento do feto humano, a bula americana traz, em destaque, no seu início, que o medicamento é "contra-indicado por sua propriedade abortificante em mulheres que estão grávidas". Em pesquisa realizada, no ano passado, na Maternidade-Escola Amãe Cláudia, foram registrados 524 casos de abortos provocados pelo medicamento, um total responsável por 73 por cento dos casos de mulheres que adotaram esse procedimento em 1990.

O Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos, responsável por essa pesquisa, também chegou à conclusão, em 1990, de que cerca de 87 por cento das mulheres que já fizeram algum tipo de aborto utilizaram medicamentos encontrados nas farmácias. Participaram da reunião de ontem, entre outros, Oscar Costa Filho (Procurador da República), Hugo Alcântara (Vigilância Sanitária do Município), Luis Cesar Nogueira (Subsecretário de Saúde do Município), Mariano Freitas (Secretaria de Saúde de Estado), Arnaldo Afonso (Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia), Domingos Sisto Carvalho e Vera Lúcia Fátima (Conselho Cearense de Prevenção ao

O Cytotec, medicamento indicado para ulcera e comercializado livremente nas farmácias de Fortaleza, não é um bom abortivo. Segundo a farmacêutica Helena Lutécia Luna Coelho, do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPOIM), esse remédio raramente (em 11 por cento dos casos) provoca a expulsão parcial ou total do conteúdo uterino, de acordo com recentes pesquisas feitas nos Estados Unidos. Na maioria das vezes, o Cytotec somente provoca sangramento ou nenhum efeito. Quando isso ocorre, a mulher geralmente procura o hospital e, pelo fato de estar com o colo do útero em dilatação e apresentar sangramento, o médi-

co a submete à curetagem. Em outros casos — continua Helena Lutécia — as mulheres, após repetirem o uso do medicamento em doses maiores e não conseguirem seu objetivo, vão procurar o "aborteiro", submetendo-se, também, à curetagem. A farmacêutica cita que muitas mães, ao desistirem de praticar o aborto mesmo depois de ingerir o Cytotec, podem ter filhos com anomalias as mais variadas possíveis. No Brasil, segundo ainda Helena, já foram registrados, pelo menos, 12 casos de crianças nascidas com defeitos de mães que usaram o medicamento no primeiro trimestre da gravidez.

Uma portaria baixando instruções sobre a comercialização, prescrição e uso do Cytotec será assinada ainda hoje pelo Secretário de Saúde do Estado, Lício Alcântara. O desrespeito a essa determinação, por parte das farmácias, representará uma infração sanitária, estando o infrator sujeito às penalidades previstas na lei 10.780, de 1982, sem que haja prejuízo das sanções cabíveis. A informação é do Procurador Jurídico da Secretaria de Saúde do Estado, Márcio Augusto de Vasconcelos Diniz. Ele disse que recebeu a sugestão dessa portaria no último dia 18 e que a despachou para avaliação na segunda-feira passada.

As informações relacionadas à data se confrontam. A Diretora de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde, Zefinda Tenório, disse que tinha encaminhado a sugestão da Portaria ao gabinete do Secretário, para a devida avaliação, desde o dia 27 de maio últi-

mo. Há inclusive uma ideia de se criar um grupo de estudos para que se obtenha mais dados sobre os efeitos dessa medicação e até conseguir uma revisão no registro desses produtos. Normalmente, a DVS fiscaliza o comércio de medicamentos com receituário azul. O controle da venda de produtos farmacêuticos fica na responsabilidade do Serviço Nacional de Vigilância Sanitária.

No momento, sua venda não é disciplinada. Devido as constantes notícias de que o medicamento é abortivo, as farmácias já não expõem mais o produto nas suas vitrines, ficando em depósito. Ele é uma droga relativamente nova no mercado, comercializada há menos de 10 anos. Sendo uma substância, sua função é evitar as secreções de natureza gástrica. No entanto, há quatro anos, ele passou a ser mais conhecido como abortivo. Nos primeiros meses de gestação, a mulher ao ingerir, tem alterações sutis.

Fonte: Jornal O Povo, 28.06.1991, p. 9.

Disponível na Biblioteca Pública Estadual do Ceará (BECE).

A instauração de uma Ação Civil Pública remete, obrigatoriamente, a questões de preocupação coletiva. Assim, de acordo com a Lei nº 7.347/1985, uma Ação Civil Pública tem por objetivo:

“reprimir ou mesmo prevenir danos ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio público, aos bens e de direitos de valor artístico, estético, histórico e turístico, por infração da ordem econômica e da economia popular, à ordem urbanística, ao patrimônio público e social, à honra e à dignidade de grupos raciais, étnicos e religiosos ou/e **qualquer interesse difuso ou coletivo**” (art.1º, IV). [Grifos nossos]

A partir do entendimento de “qualquer interesse difuso ou coletivo” representar a pertinência social de determinada questão para a sociedade, tal como se propôs ser o problema do Cytotec, a Ação Civil Pública foi dirigida à União Federal com o objetivo de cobrar resposta do poder judiciário sobre “o galopante crescimento do número de abortos provocados por ingerência de um medicamento denominado Misoprostol (Cytotec) [...]” (JFCE, 1991: 4).

A disponibilidade do Cytotec nas farmácias foi apresentada como um problema de interesse coletivo, pois “milhões de consumidores de todo o território nacional, prejudicados com a trestinação do Cytotec, causador de estado de verdadeiro pânico no seio da comunidade médico-farmacológica [...]” (Idem). Vê-se, já nos trechos introdutórios do processo que o autor se utiliza, de um campo muito específico de argumentação que é a ciência e a produção do conhecimento científico acerca do Cytotec. As pesquisas realizadas pela Dra. Helena Coelho e o GPUIM, assim como outras instituições do país e a repercussão midiática dos resultados de tais investigações, apareceram em várias partes do documento. A utilização de palavras como medo e pavor, entre outras, também remetem à afirmação de perigo que a livre comercialização do Cytotec representaria para a sociedade.

Na apresentação dos fatos, o procurador afirma que o medicamento introduzido para tratamento de úlceras gástricas se mostrou excelente abortivo e se apresentava como responsável por casos de malformação congênita sendo amplamente denunciado pela mídia local e nacional. Segundo ele, uma das ferramentas utilizadas para tal denúncia foi a pesquisa realizada pela Dra. Helena Coelho em que a cientista demonstrava “vertiginoso grau de crescimento de abortos provocados, passando o número de atendimentos de 100 para 700 casos, no período de 1989 a 1990” (JFCE, 1991: 05). Além do aumento de abortos provocados, a pesquisa também levou em consideração os indícios de que o medicamento produziu casos de malformação congênita. Ao citar tais informações, o autor utiliza as comunicações científicas de Walter Fonseca e Ana Júlia Couto sobre o relato de caso de cinco pacientes atendidos no hospital pediátrico de Fortaleza já anteriormente citado nesta tese.

Demonstrando o caráter de problema social que o Cytotec assumiu naquele cenário, uma comunicação pessoal do Dr. Francisco Chagas Oliveira, diretor da MEAC, à presidente do CCDM – Fátima Dourado – foi transcrita no processo. O médico diz, “como colaboração esclareço que o índice de abortamento atribuído ao uso do Cytotec, chegados à emergência da MEAC, atinge mais de 50% dos casos atendidos” (JFCE, 1991:8). Assim, o procurador destacou a relevância de censurar a venda deste medicamento, responsabilizado pelo súbito aumento no número de abortamentos provocados e o risco do nascimento de crianças com defeitos congênitos que se tornariam, nessa situação, um novo problema de saúde pública.

Corroborando com o apelo feito à União Federal, o autor do processo aponta que outros estados também se mobilizaram com o mesmo objetivo. Dessa forma, cita o ofício enviado pelo Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro ao Ministério da Saúde questionando a continuidade do medicamento nas prateleiras. Assim,



“[...] tentando diminuir os riscos à saúde da população e especialmente das mulheres, é indispensável que o Cytotec seja retirado do mercado, pois só assim se conseguirá impedir essa violência praticada impunemente” (JFCE, 1991: 10).

A transcrição direta de publicações científicas, cartas e comunicações pessoais de outros sujeitos foi realizada com o propósito de criar uma narrativa objetiva e livre de posicionamentos pessoais do autor. O processo está repleto de fala de especialistas, dados e análises empíricas que legitimam a argumentação acerca do misoprostol como um produto extremamente perigoso para a sociedade. Assim, buscava-se mostrar que não se tratava da opinião pessoal do procurador sobre o caso, mas de dados empíricos que apontavam para o problema.

Fato notável na argumentação do caso é o caminho escolhido pelo autor para enquadrar o medicamento. Embora a principal denúncia seja o uso como abortivo e o risco teratogênico - problemáticas que caracterizavam o misoprostol como um risco à saúde pública e à sociedade -, o autor da ação se isenta de enveredar pela discussão sobre a ilegalidade do aborto no Brasil. Não são pautados aspectos como os riscos da prática clandestina no país e a morbimortalidade de mulheres por esse motivo, assim como não se aponta para a possibilidade de modificação desse quadro a partir do uso seguro e orientado do misoprostol. No caso desta Ação Civil Pública, a interdição do medicamento é pleiteada a partir do argumento originado no campo farmacêutico que enquadrou o fármaco como perigoso, apontou para erros na formulação da bula brasileira se comparada à norte-americana – como já exposto em capítulo anterior -, além de buscar no campo da defesa dos direitos do consumidor a sustentação para barrar a comercialização. Assim, ao criticar a comercialização do medicamento, o autor da ACP adverte que tal prática fere a orientação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) em seu artigo 31,

A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores (CDC, art.31, Lei nº 8.078, 11-09-1990).

Dessa forma, a insuficiência de informações na bula brasileira do medicamento violava o CDC e ameaçava os direitos dos consumidores, como também a própria segurança

da sociedade. Mais uma vez, a comparação entre a bula norte-americana e a brasileira é colocada em pauta, como feito nos artigos publicados pelo GPUIM e no capítulo “Casos de desinformação farmacêutica: drogas EP de alta dosagem, acetato de medroxiprogesterona e misoprostol” (Mercucci e Bonfim, 1991), citados por realizarem a análise comparativa dos elementos presentes nas duas bulas e demonstrar que a norte-americana era mais rigorosa quanto às informações direcionadas aos pacientes. O procurador Oscar Costa Filho cita trechos integrais de tais trabalhos para evidenciar a problemática e os riscos que a modificação da bula e a ampliação da indicação significava para os consumidores brasileiros, neste caso específico, as mulheres brasileiras. Assim, tal desconformidade entre o modelo norte-americano e o brasileiro apontava para a responsabilidade do laboratório sobre as consequências do uso indiscriminado do medicamento no país. Além do laboratório, o procurador também critica a postura dos órgãos de vigilância sanitária e do Ministério da Saúde pela concessão da licença e registro da substância no país. Segundo ele, “uma análise mais cuidadosa da realidade brasileira certamente levaria a uma previsão dos fatos que ora ocorrem” (JFCE, 1991:15) e ressalta que o MS permaneceu alheio aos reclames da sociedade até o momento de elaboração da ACP (idem). Visto que o produto após a aprovação e registro demonstrou ser perigoso e prejudicial, cabia ao Ministério da Saúde suspender a comercialização a qualquer momento. Ao não fazer isso, o procurador acusa a Administração Pública de omissão.

Diante dos fatos apresentados, o procurador solicitou medida liminar “no sentido de determinar a imediata retirada do comércio do medicamento Cytotec (misoprostol), no Estado do Ceará” (JFCE, 1991: 18). Além disso, solicitava a intimação pessoal e por mandado de vários representantes da vigilância sanitária, como: Diretor do Departamento de Vigilância Sanitária do Ceará, Secretário da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária – Dr. Baldur Schubert – e do Ministério da Saúde para que prestassem informações e tomassem as providências necessárias a níveis estadual e nacional (idem). Após a imediata retirada do medicamento das farmácias, solicitou também o processo de cassação do registro para interromper definitivamente a produção e venda no país.

Ao observar o engajamento dos sujeitos envolvidos no processo de normatização jurídica e sanitária do Cytotec retomo o conceito de “empreendedores morais” e suas atuações na esfera pública, mas agora sob a perspectiva adotada por Howard S. Becker. No livro “*Outsiders: studies in the sociology of deviance*” (1966), o autor analisa o processo de criação de uma legislação federal para controlar o tráfico de maconha nos EUA. De acordo

com o autor, os primeiros registros sobre a entrada e o consumo de maconha no país datavam aproximadamente da década de 1920. No entanto, até aquele momento, a presença da erva não significou um problema para a sociedade norte-americana por alguns motivos: primeiramente, o consumo concentrava-se na região mais próxima do México (a suposta porta de entrada para os EUA), em segundo lugar estava o fato de que os usos medicinais da erva ainda estavam em teste e a indústria nacional faturava com a extração do óleo, sementes e fibra de cânhamo e, por último, as autoridades norte-americanas estavam mais preocupadas em controlar o uso do álcool pelos cidadãos. Enquanto não representava uma ameaça, os fumantes de maconha tiveram liberdade e não precisaram se preocupar com fiscalização ou outros tipos de controle. A grande mudança aconteceu nos anos 1930 quando os registros de consumo se espalharam pelo país e a maconha se tornou um problema nacional. A partir de então, vários sujeitos se envolveram na elucidação da maconha como uma droga e seu consumo como um vício que seria prejudicial à saúde da população. Destaca-se, nessa empreitada, o Comissário Harry Anslinger do Bureau Of Narcotics, que se tornou um grande porta-voz contra a maconha no país. A modificação no posicionamento diante do uso da erva gerou o debate pela criação de legislações de controle. Inicialmente nos estados e depois se tornando uma lei federal. Assim, em 1937, foi aprovado o “Marihuana Tax Act” através do qual a importação, cultivo, posse e distribuição foram regulamentados no país.

A partir dessa análise, Becker elabora o conceito de “empreendedores morais” como sujeitos empenhados em criar e aplicar regras legitimados pela convicção de uma missão moral para com a sociedade, ou seja, salvar a sociedade de algum perigo. Os empreendedores morais identificam um problema para o qual ainda não existe regra, ou existe, mas não é cumprida, e empenham seus esforços em criar uma legislação específica para tais questões, reformando, assim, a sociedade para melhor. Tais “reformadores” pertencem, na maioria das vezes, aos níveis superiores da estrutura social. Dessa forma,

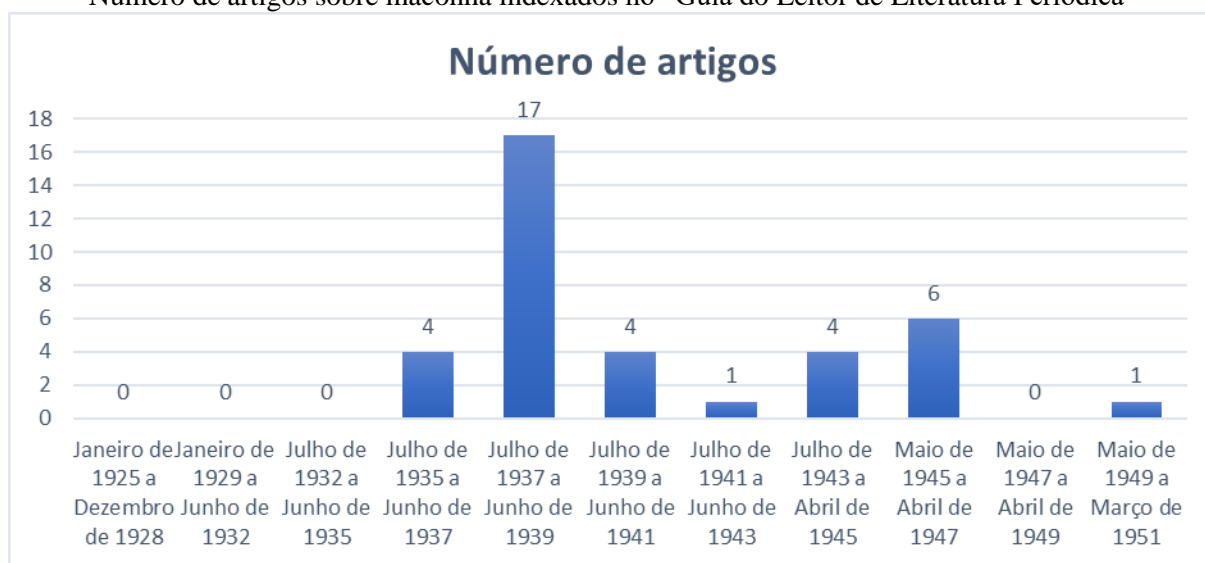
Mas esse fato - que as cruzadas morais são tipicamente dominadas por aqueles que estão nos níveis superiores da estrutura social - significa que elas aumentam o poder que derivam da legitimidade de sua posição moral, o poder que deriva de sua posição superior na sociedade (Becker, 1966: 149).<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Tradução livre do trecho: “But this fact - that moral crusades are typically dominated by those in the upper levels of the social structure - means that they add to the power they derive from the legitimacy of their moral position, the power they derive from their superior position in Society” (Becker, 1966: 149).

Vê-se, a partir do estudo de Becker, que o Comissário Harry Anslinger assumiu a tarefa do empreendimento moral de proibir ou, pelo menos, regulamentar o uso da maconha em território norte-americano e, para tal, construiu comissões responsáveis pelo estudo dos possíveis impactos na sociedade. Além do mais, o comissário se utilizou do seu status político e social para atrair adeptos a sua causa e criar, assim, uma rede de apoio para a guerra contra a maconha no país. Outro fator de impacto no processo de regulamentação foi a utilização da mídia para o convencimento sobre o problema social que a maconha representava. A elaboração de uma “campanha educacional” consistiu no esforço de despertar no público a atenção para o perigo presente na nova droga, descrevendo seus efeitos nocivos (Becker, 1966: 140). A propagação dessas ideias se fez perceptível através do aumento da veiculação de matérias nos jornais sobre a temática, conforme o autor apresentou.

Gráfico 3  
Número de artigos sobre maconha indexados no “Guia do Leitor de Literatura Periódica”



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados apresentados por Becker (1966, p.141).

O aumento no número de artigos veiculados pela imprensa sobre a temática da maconha remete ao ganho de importância que o assunto assume na sociedade e, evidentemente, ao trabalho elaborado pelos sujeitos engajados no processo de regulamentação do uso da substância no país. Becker concluiu que,

Onde quer que as regras sejam criadas e aplicadas, devemos esperar encontrar pessoas tentando obter o apoio de grupos coordenados e usando os

meios de comunicação disponíveis para desenvolver um clima de opinião favorável. Onde eles não desenvolvem tal apoio, podemos esperar que seu empreendimento seja malsucedido (Becker, 1966: 146).

Vê-se que angariar apoio e construir uma opinião pública favorável ao que se pretende são passos importantes na missão dos “empreendedores morais”. Dessa forma, o que não era uma problemática social, torna-se a partir da ação de sujeitos e seus interesses.

Os exemplos trabalhados por Elizabeth Armstrong e Howard Becker são ilustrativos da atuação e do poder exercido pelos sujeitos denominados como empreendedores morais. Nos dois casos temos atores de relevância na sociedade na qual estão inseridos, sendo eles médicos ou representantes do Estado, e agem de forma a impedir danos ou sanar prejuízos que a ação de sujeitos simples possa causar ao conjunto maior da sociedade. Esses atores sociais se mobilizam em torno de uma problemática e se empenham em “resolvê-la” a partir da compreensão particular ou de um grupo específico sobre o que seria melhor para a sociedade.

A partir desse pensamento, compreendo que o empreendimento moral de disciplinar o uso do Cytotec no Brasil partiu de um grupo de indivíduos pertencentes a níveis reconhecidos como socialmente relevantes, entre eles, médicos, pesquisadores, agentes da lei, com a finalidade de criar uma legislação específica para um problema novo que, é importante lembrar, só se tornou uma questão através da construção do conhecimento científico que pontuou os riscos que tal medicamento representava diante de uma sociedade que condena veemente o aborto e qualquer debate neste sentido. O papel da mídia, assim como no caso relatado por Becker, foi fundamental para a fabricação do Cytotec como uma ameaça social que precisava ser controlada através de um aparato legal e forte. Assim, os atores envolvidos no processo de normatização criaram uma rede de conhecimento científico compartilhado entre os pares através de publicações especializadas e para o público através da mídia de grande circulação. Tal conhecimento legitimou e justificou a busca pela regulamentação e os meios de comunicação acompanharam todo o processo moldando uma opinião pública contrária a disponibilidade do medicamento nas farmácias e construindo a ideia de risco teratogênico como grande perigo para os bebês.

A mídia, sobretudo os jornais e revistas impressos, configuraram importante conjunto de fontes para análise desenvolvida nesta tese. Isto se deve ao papel social que os meios de comunicação desempenham enquanto difusores de representações do mundo social e agentes históricos que possuem a capacidade de intervir nos acontecimentos e interferir nas

percepções sociais que serão elaboradas sobre os fatos sociais. No artigo “Os debates sobre o aborto na mídia brasileira: dos enquadramentos midiáticos a construção de uma democracia plural”, Andrea Azevedo Pinho analisa, através do jornal diário Folha de São Paulo, os principais elementos que mobilizaram o debate sobre aborto no país entre os anos de 2003 e 2008. Pensando na função e atuação, a autora elabora uma definição de mídia como:

[...] responsável pelo agendamento de temas, ou seja, por sua capacidade de dar visibilidade a certas questões respondendo a determinados interesses – sociais, políticos, ou econômicos –, considerando que, mais do que determinar sobre o que deve ser discutido, a mídia tem a capacidade de determinar as interpretações válidas e que serão consideradas pertinentes a discussão de um tema, ou seja, se preocupando também em pensar como o público articula essas interpretações (Pinho, 2009: 137).

Essa definição contempla as características que conferem aos meios de comunicação o poder de agendar temas, ou seja, selecionar e construir as temáticas que serão debatidas e, importante salientar, banidas da esfera pública. Ao dar visibilidade a determinados assuntos, a mídia também seleciona aqueles que não serão prioridades na sociedade. Dessa forma, analisar a importância do discurso midiático acerca do aborto se torna relevante na medida em que compreendemos o papel social que os meios de comunicação ocupam na conformação da opinião pública. Esses veículos constituem uma esfera de poder ao selecionar os acontecimentos que se tornam socialmente relevantes, direcionando o olhar do público e construindo a opinião popular a partir de suas diretrizes e interesses.

Cientes da função da mídia como mobilizadora da opinião pública e, portanto, aquela que se tornará, também, opinião política favorável ou contrária aos temas que são debatidos, tomamos a definição de opinião pública como:

A opinião pública é resultado da avaliação de opiniões que conseguiram influenciar o sistema político, ou seja, de uma prática comunicacional que racionalizou argumentos e contra-argumentos. Forma-se, na esfera pública, um campo de batalha pela influência, num sentido amplo, onde estão presentes discursos de autoridades, artistas, intelectuais, além de movimentos sociais e da Igreja (Barros, 2008:29).

Vê-se, portanto, que a constituição da opinião pública não é ação exclusiva dos meios de comunicação. Os argumentos “vencedores”, assim dizendo, aqueles que ganham força e legitimidade são resultados de uma disputa de discursos de diversos atores sociais que atuam em prol dos próprios interesses. Assim, pode-se concluir que o espaço dos meios de

comunicação é disputado por esses múltiplos atuantes que buscam fazer prevalecer suas concepções e posicionamentos.

Nesse sentido, retoma-se a ideia do espaço das *mediações* de que, conforme ressaltado por Jesús Martín-Barbero, é preciso compreender que entre a produção (pela mídia) e a recepção (pelo público) há um espaço em que a mediação acontece levando em consideração fatores como a cotidianidade familiar, a temporalidade social e a competência cultural (Wottrich; Silva e Ronsini: 2009: 3). Dessa forma, entende-se o poder que a mídia exerce ao influenciar e intervir nas percepções que a sociedade cria em torno da realidade social, embora essas concepções sejam sempre a mescla de conteúdos oriundos de diferentes elementos que compõe a sociabilidade dos indivíduos.

O campo dos direitos e tecnologias reprodutivas é abundante em estudos que discutem aspectos da produção e difusão de conteúdos através da mídia e como, esses mesmos veículos de comunicação, podem construir sentidos sobre as temáticas publicizadas.

Para dimensionar a importância da mídia na construção do discurso contrário ao Cytotec e de seu caráter danoso para a sociedade é necessário retomar a abordagem que historicamente a imprensa brasileira deu à temática do aborto. Muitas pesquisas se dedicaram a analisar como jornais e revistas impressas apresentaram tais discussões, apontando quais os aspectos que ganharam relevância nesses espaços. A tese “Aborto em pauta: corpo e emoções na imprensa brasileira do século XIX ao século XXI”, de Fábio Grotz Majerowicz, faz um balanço geral sobre o tratamento dado à questão do aborto pela comunicação social do Brasil. Ao analisar os jornais, o autor destacou quais foram os sujeitos, discursos e posicionamentos mais presentes em cada período histórico, avaliando mudanças e permanências. Nas duas primeiras décadas analisadas, 1830 e 1840, o autor aponta para a incipiente aparição do termo aborto nos jornais analisados. Tal fato se justificaria, segundo ele, pela modesta produção e circulação de jornais impressos nesse período. Somado a isso, quando o aborto é tematizado pelos impressos aparece na sessão de “notícias diversas” caracterizada pelo modelo de notícias rápidas e factuais que se encerram em si mesmas, ou seja, não abrem espaço para discussões maiores (Majerowicz, 2019). Nestes casos, a criminalização da prática pouco aparece e o aborto, na maioria das vezes espontâneo, é tratado a partir do olhar das curiosidades médicas de amparo e cuidado da mulher. Embora prevalecente, algumas notícias se distanciaram desse modelo. Foram os casos em que as narrativas jurídicas e médicas começaram a se delinear como prioritárias para discutir a questão do aborto. A partir disso, “o aborto adquire contornos de um assunto específico, passando a mobilizar, através de reflexões

sobre vida e morte, narrativas com destacado valor emocional” (Majerowicz, 2019: 44). É essa perspectiva que marcará a aparição da temática do aborto no recorte seguinte, a década de 1890. Conforme demonstra,

A ruptura definitiva com o padrão *fait divers* (notícias diversas) acontece no momento em que a perspectiva médica aparece associada com uma perspectiva jurídico-legal. Isso é notado quando o aborto é informado como um acontecimento normatizado no âmbito da prática da medicina, envolvendo questões relativas à ética profissional. Também é observado na discussão acerca do valor do aborto a partir da perspectiva do Direito. Médicos e juristas destacam-se como empreendedores morais da temática, tentando emplacar ideias e definir regras (Majerowicz, 2019: 49).

A perspectiva de Becker sobre o trabalho dos empreendedores morais também é retomada por Majerowicz para caracterizar a abordagem dada ao aborto na década de 1890 que já era fortemente marcada pelo discurso jurídico-legal que tem na medicina legal a base para legitimação. A presença desses atores sociais na discussão sobre a prática abortiva marcou o tom de criminalização do ato que seria, cada vez mais, alvo de controle e punições. A figura do feto ganha centralidade no debate, alçado à condição de pessoa humana e, portanto, alvo de proteção jurídica e mobilizando as emoções da sociedade contra a ação. Diante desses elementos, o aborto se tornou um crime não apenas no âmbito da lei, mas também um crime moral com discursos que apelaram para a moralidade da sociedade. A importância que a narrativa fetal ganha nesse período será reforçada nos anos 1940, quando o apelo nacionalista irá, mais uma vez, potencializar o caráter criminalizador da prática do aborto como um atentado contra a vida de um futuro cidadão brasileiro. O ideário nacionalista colocou sob responsabilidade da mulher, e do corpo feminino, a reprodução e criação daqueles que seriam o futuro da pátria. Práticas contraceptivas e o aborto foram tomadas como inimigas da nação, pois ameaçava o crescimento da população que colocaria em risco o desenvolvimento econômico em meio a um cenário mundial marcado por guerras. Ao sintetizar o enfoque desse período, o autor declara:

A interrupção da gravidez era reiterada como um delito, um ato criminoso, sendo motivo de preocupação específica, ao lado de fenômeno díspares e difusos como greve, contrabando e suborno. Educar e cuidar eram aspirações que não faziam sentido sem o ato de punir, o que demonstra que o aborto era um tema socialmente pedagógico, isto é, alimentava anseios de controle e regulação tanto do corpo coletivo da sociedade quanto dos corpos individuais (Majerowicz, 2019: 84).



Os atores sociais legitimados, médicos e juristas, mantiveram sua proeminência no campo discursivo sobre o aborto no espaço da mídia frizando novos elementos de condenação e controle de tais práticas.

No quarto período analisado por Majerowicz, a década de 1970, o debate jornalístico em torno do aborto modifica-se com a inclusão de um novo ator social, o movimento feminista que vai reivindicar, em países europeus, modificações legislativas com o intuito de ampliar os casos permitidos por lei ou descriminalização total da prática. Para o autor, a temática do aborto explode na imprensa dos anos 1970 repercutindo o novo imaginário social e cultural do qual fez parte a atuação do movimento feminista. Embora isso seja verdade, a referida temática continuou a ser encarada como uma questão social emblemática. Tomando como exemplo o caso dos EUA, os jornais indicavam que os serviços de aborto eram orientados a dissuadir as gestantes da decisão de interromper a gravidez, equiparando com tom de ameaça, a prática ao suicídio (Majerowicz, 2019: 108). O empreendedorismo moral contrário ao aborto não desapareceu, e o ativismo religioso em defesa do feto como portador de alma mobilizava a sociedade (idem).

O clássico trabalho de Jacira Melo, *A polêmica do aborto na imprensa*, analisou 1.135 notícias veiculadas entre os anos de 1996 e 1997 nos jornais Folha de São Paulo, O Estado de São Paulo, Jornal do Brasil e O Globo. Para o primeiro ano pesquisado, a autora encontrou um total de 368 matérias que tratavam diretamente sobre a temática do aborto, e esse número mais que dobrou para o segundo ano, 1997, para o qual foram encontradas 767 reportagens. A explicação para isso está na aprovação pela Comissão de Constituição, Justiça e Redação, da Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº. 20/91 que dispôs sobre a obrigatoriedade do atendimento no SUS dos casos de aborto legal previsto por lei. A repercussão de tal medida colocou em destaque a questão do aborto, os casos permitidos por lei e clandestinos, propiciando a manifestação de opinião de diversos atores sociais no espaço da mídia. Entre as opiniões, destacaram-se juízes, advogados, médicos, feministas e profissionais da saúde. Ao examinar os dados, a autora constatou que membros da Igreja Católica foram os mais consultados pelos jornais e garantiram presença na grande maioria das notícias apuradas (Melo, 1997). Por outro lado, o posicionamento das mulheres foi o que apareceu em menor quantidade, assim como com menor relevância na construção das notícias. Tal constatação reafirma que o espaço dado às mulheres para discutir sobre questões do próprio interesse sempre foi negado ou, neste caso, controlado. A grande novidade do período estava na presença de um novo ator social na discussão sobre o aborto: as Católicas pelo Direito de

Decidir. Esse movimento colocou em xeque o posicionamento dos fiéis católicos acerca da temática demonstrando que não existia consenso sobre o assunto nem mesmo dentro da Igreja. Enquanto o alto escalão da Igreja defendia um posicionamento rígido contrário à interrupção da gravidez em qualquer situação, mesmo nos casos de risco à saúde da mãe e de estupro, as Católicas pelo Direito de Decidir lutavam para que “os direitos à decisão sobre o próprio corpo e à autonomia no campo da sexualidade fossem reconhecidos pela Igreja” (CFEMEA, 1997:4).

No ano de 1997, além do PL que trouxe o debate à tona, a visita do Papa João Paulo II foi outro elemento de forte mobilização da opinião pública em torno do direito ao aborto. Unindo as duas questões, o aborto marcou presença na mídia brasileira suscitando debates acalorados entre os atores sociais que defendiam seus posicionamentos quanto à questão. O capítulo “Uma história de notícias – o debate sobre aborto nos jornais e revistas (1994 – 1996)” de Núcia Oliveira, Luciana Klanovicz e Maristela de Carvalho (2003) analisa como o aborto foi discutido em jornais e revistas de grande circulação a partir do impacto que a discussão de projetos de lei que tramitavam no Congresso Nacional tinha na opinião pública acerca da possibilidade de modificações – mais restritivas ou liberais – quanto à legislação brasileira sobre direito ao aborto. As autoras constataram que grande parte das notícias analisadas se detém ao aspecto legislativo e a possibilidade de mudanças no código penal (Idem, 268). No entanto, alguns elementos saltaram aos olhos das pesquisadoras, entre eles, a constante preocupação com a utilização do Cytotec para a prática do aborto. Segundo informam:

As revistas acompanharam a discussão sobre métodos de aborto sem cirurgia, métodos que ganharam importante espaço e destaque. Entre esses métodos estava o medicamento Cytotec que **se distanciava das agulhas e clínicas clandestinas e, principalmente, da possibilidade de criminalização posterior** (Oliveira, Klanovicz e Carvalho, 2003: 263).  
[Grifos nossos]

O fato de o Cytotec oferecer a “vantagem” de não deixar marcas evidentes no corpo da mulher sobre a prática do aborto aparecia para as autoridades e sociedade, de forma geral, como uma preocupação. Sem sinais evidentes do aborto, tornava-se ainda mais difícil controlar e responsabilizar os indivíduos por esse crime. Mais uma vez percebemos a preocupação dos muitos atores sociais em restringir o acesso das mulheres a esse método que poderia facilitar a prática do aborto e livrá-las da condenação. O processo de normatização

social, sanitária e jurídica ao qual o Cytotec foi submetido corresponde ao desejo sempre latente de controlar tais práticas.

Assim, percebe-se que a repercussão na mídia local e nacional sobre as pesquisas desenvolvidas pela Dra. Helena Coelho em conjunto com o GPUIM, assim como a cobertura dada à abertura da Ação Civil Pública pelo procurador Oscar Costa Filho, alçaram o Cytotec ao status de problema de saúde pública e preocupação social. Diante da pressão exercida pela divulgação de tais questões nos meios de comunicação, a Secretaria de Saúde do Ceará divulgou, no dia 29.06.1991, que

O Secretário de Saúde do Estado, Lúcio Alcântara, assinou ontem à tarde, durante a reunião do Conselho de Diretores, a portaria de número 245/91, controlando a comercialização e prescrição do medicamento Cytotec, do laboratório Searle-Biolab. O remédio indicado para úlcera é consumido em larga escala como abortivo, principalmente por automedicação. [...] A medida será aplicada no Estado. Existem mais de 600 farmácias em Fortaleza e 1.200 em todo o Ceará. A venda indiscriminada, segundo Zelinda (Diretora da Divisão de Vigilância Sanitária), ocorre mais nas pequenas farmácias de periferia. De acordo com uma pesquisa, coordenada por Domingos Sávio de Carvalho Sousa, farmacêutico da UFC, a indicação de Cytotec como abortivo é feita por balconistas (Jornal O Povo, 29.06.1991, p.10).

A partir da vigência da Portaria nº 245/91 do Estado do Ceará, a comercialização do misoprostol foi disciplinada impondo normas para a venda nas farmácias. Segundo as quais:

A venda direta ao público do Cytotec só poderá ser feita mediante apresentação e retenção do original da receita, que deve ser prescrita por profissional devidamente habilitado. Ou seja, o Cytotec tem de ser receitado em duas vias. Uma cópia ficará retida na farmácia e na do paciente, tem de haver carimbo do estabelecimento e o número de unidades aviadas. A quantidade prescrita fica limitada a duas unidades comerciais por paciente. Em caso de o médico achar que deve indicar mais, terá de fazer uma justificativa, em envelope fechado, para ser aprovada pela autoridade sanitária local. Sem o visto, não pode ser vendida qualquer quantidade excedente. As receitas terão validade de 30 dias. As farmácias, drogarias, distribuidores, estabelecimentos hospitalares e congêneres deverão registrar no livro de faixa vermelha, todas as aquisições, operações e vendas, incluindo estoque de produto (Jornal O Povo, 29.06.1991, p. 10).

De acordo com os critérios estabelecidos pela portaria, nota-se a intenção de estabelecer um rígido controle sobre o medicamento a partir da exigência da receita médica, quantidade máxima de caixas que os pacientes podem comprar e registro por parte das farmácias sobre as vendas do produto. Essas exigências implicavam diretamente na venda de

medicamentos “a retalho”, uma forma de baratear o valor do medicamento e facilitar o acesso de mais pessoas ao produto, sendo um fenômeno bastante comum nas farmácias pequenas das periferias e condenado pelos órgãos de vigilância sanitária por contribuir com o uso *indevido* e automedicação dos pacientes. Assim, as determinações presentes na portaria buscavam minar a venda indisciplinada do medicamento e dificultar a compra para finalidades diferentes daquelas receitadas pelos médicos.

Diante de todos os documentos arrolados no processo, o juiz federal Abdias Patrício Oliveira concedeu, no dia 09.07.1991, a liminar que determinou a retirada imediata do Cytotec do comércio no Ceará. Pelo prazo transcorrido entre o protocolo realizado no dia 05 e a conclusão apresentada no dia 09 do mês de julho de 1991, nota-se que a ACP teve prioridade em sua análise considerando o teor de urgência que a questão representava para a sociedade e para as autoridades.

O laboratório Biolab, ao ser notificado e convocado a prestar esclarecimentos, contestou a ACP argumentando que os fatos apresentados partiam de estudos não concluídos e resultados pouco significativos. Assim, o advogado do laboratório acusava o autor da peça de criar um cenário de perigo devido à pressão exercida pelos veículos de comunicação que se aproveitavam da situação, pois,

Os argumentos do autor não demonstram com certeza que os abortos ou má-formação em recém-nascido tenham como origem o produto, salvo pelas notícias fantasiosas veiculadas nos jornais que como se sabe, assim agem e às vezes deturpando informações recebidas, com o mero intuito de vender o maior número de exemplares (JFCE, 1991:159).

Fazendo uso dos relatos apresentados na ACP, o laboratório apela para a pequena comprovação científica apresentada, pois os artigos tratavam, na maioria das vezes, dos mesmos casos. Portanto, a defesa do laboratório apontava que o número de casos de malformação congênita apresentado era estatisticamente insatisfatório. Assim como o laboratório, a União Federal também contestou a pertinência de sua citação no processo, pois a responsabilidade da comercialização e controle estaria a cargo das instituições municipais e estaduais de fiscalização. Embora sob contestação, a liminar entrou em vigência e orientou medidas restritivas sob o medicamento.

A repercussão da Ação Civil Pública, assim como das notícias veiculadas sobre o tema colocaram a proibição da comercialização do Cytotec na pauta do dia. Assim, foi possível perceber o movimento de normatização do medicamento acontecer em outros estados do país.

A primeira medida encontrada foi a Portaria nº 101, de 17 de julho de 1991, da SNVS/MS, que enquadrou o misoprostol na Portaria nº 27/1986 da DIMED que regulava a produção, comercialização, importação, exportação, prescrição e uso de drogas e especialidades capazes de produzir modificações nas funções nervosas superiores ou por exigirem efetiva orientação médica continuada devido à possibilidade de induzirem efeitos colaterais indesejáveis. O enquadramento nesta portaria implicava em exigência de receita para compra do medicamento, assim como a retenção da mesma pela farmácia. Além disso, as farmácias e drogarias seriam responsáveis por informar dados sobre a aquisição de tais produtos e controle do estoque. Tal portaria de alcance nacional foi utilizada como base para regulamentos estaduais de mesmo teor. Assim, foi possível identificar portarias das secretarias estaduais para regulamentar a comercialização do misoprostol.

No dia 18 de outubro do mesmo ano, foi publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo a portaria do Centro de Vigilância Sanitária da Secretária de Saúde, CVS nº 13/1991. Nessa Portaria, a Secretaria de Saúde de São Paulo considerou que o uso do Cytotec para a prática do aborto causou o aumento de internações emergenciais devido a expulsão parcial do feto e, por esse motivo, ao buscar proteger a saúde da mulher e, principalmente, adolescentes, visto que observações das entradas hospitalares identificam o público mais jovem como principal usuário do medicamento, resolveu estipular normas para a comercialização da substância nas farmácias. A partir dessa Portaria, há a indicação que cada receita só poderia conter 1 unidade (caixa) do medicamento. Em caso de quantidades maiores, o profissional (médico) deveria enviar uma justificativa em envelope lacrado que precisaria passar por uma autoridade sanitária (Portaria CVS nº 13/1991, artigo 5º).

A partir da adoção das primeiras medidas direcionadas à normatização do Cytotec, percebe-se o desencadeamento de um processo mais amplo em todo o território nacional que buscou controlar o uso para a finalidade abortiva. Embora o processo de normatização do Cytotec estivesse em implantação e fosse cogitado a suspensão das vendas, a permanência ou retirada do medicamento das farmácias ainda era uma questão amplamente controversa no país. No debate sobre o destino do misoprostol no Brasil, a mídia foi protagonista ao narrar todos os eventos relacionados à polêmica e criar o cenário de denúncias, medo e incertezas que envolvia a situação. Poucos dias após a assinatura da Portaria pelo Secretário de Saúde do Ceará e do procurador Oscar C. Filho protocolar a ACP, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVIS) informou a decisão de manter o medicamento no mercado, embora com restrições. Em nota divulgada no Jornal O Globo:

O responsável pela Divisão de Produtos da SNIVS, Paulo Miele, justificou a decisão garantindo que o remédio é altamente eficaz e qualquer modificação em sua fórmula poderia comprometer a qualidade do produto. **Para impedir o uso indevido do medicamento, a Secretaria irá incluí-lo na Portaria 27 do Ministério da Saúde que dificulta sua venda e comercialização.** [...] Depois de seis meses de análise, ficou decidido a permanência do remédio no mercado, sem nenhuma modificação. Mesmo assim, Miele acredita que a inclusão do medicamento na Portaria 27 impedirá o uso do Cytotec como abortivo (Jornal O Globo, 05.07.1991: 8). [Grifos nossos]

Nesse trecho, a possibilidade de retirada total do medicamento do mercado é afastada e justificada pela eficácia para o tratamento de úlceras gástricas. Nesse sentido, o controle seria imposto para dificultar o uso *indevido* para a prática abortiva e, portanto, seria direcionado apenas a pessoas específicas, nesse caso, as mulheres que não teriam a receita comprovando a indicação médica e faziam mal uso do medicamento.

Diante do debate em torno da suspensão ou continuidade do misoprostol no mercado brasileiro, o laboratório Biolab lançou uma nota oficial veiculada em diversos jornais de circulação nacional (O Globo, O Estado de São Paulo, Jornal do Brasil) através da qual se posicionou a respeito das novas medidas criadas para controlar o medicamento. Na nota, o laboratório se coloca favorável as medidas de normatização implementadas pelas autoridades no sentido de controlar a utilização do medicamento. Aponta, também, que o mau uso da substância é consequência da automedicação e da venda desordenada que caracterizavam o mercado farmacêutico brasileiro. Apoiada pela aprovação do medicamento em outros países, inclusive com sistemas mais rigorosos de verificação, tal como os EUA, o laboratório sustentou a essencialidade para o tratamento das úlceras gástricas sendo, portanto, relevante manter a comercialização no país.

O debate, portanto, era pautado em ambos os lados, a partir das questões específicas das propriedades do medicamento. Por um lado, denúncias levantadas pelo campo farmacêutico sobre o uso *indevido* e pelo campo da medicina genética sobre o risco teratogênico. Por outro lado, a defesa realizada pelo laboratório Biolab também elencava as propriedades exclusivas do medicamento para o tratamento das úlceras e, portanto, caracterizavam sua essencialidade no cenário farmacêutico brasileiro.

**BIOLAB APÓIA MEDIDAS LEGÍTIMAS  
NO CONTROLE DE VENDAS DO CYTOTEC**

BIOLAB, produtor no Brasil do medicamento anti-ulceroso CYTOTEC, manifesta seu apoio à ação das autoridades no sentido de disciplinar a comercialização do referido produto e vem acompanhando os fatos em conjunto com a Divisão de Produtos do Departamento Técnico Normativo da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, a qual houve por bem enquadrar o CYTOTEC na Portaria 27. Com isso, as farmácias ficam obrigadas a reter uma via da receita médica, facilitando o controle da venda e uso do remédio.

Esta atitude foi tomada porque o CYTOTEC, de indicação exclusiva para a prevenção e tratamento da úlcera gástrica induzida por anti-inflamatórios não hormonais, estaria sendo utilizado por gestantes, ou seja, em condições expressamente contra-indicadas nas restrições de uso do medicamento.

É notório em nosso país o desvirtuamento do uso de medicamentos, conseqüência do fenômeno generalizado da auto-medicação, e agravado pela prática da venda indiscriminada, mesmo quando se trata de produtos de uso restrito à prescrição médica.

As propriedades do CYTOTEC são reconhecidas, internacionalmente, em 62 países onde é prescrito, inclusive nos Estados Unidos, onde foi aprovado em 1986 pelo FDA (Food and Drug Administration), classificado na categoria 1A. Isto significa o reconhecimento de que é a única droga com ação comprovada na prevenção de úlcera gástrica decorrente do uso de anti-inflamatórios não hormonais, por estimular as defesas naturais do estômago.

A BIOLAB sempre orientou suas atividades dentro dos mais rigorosos padrões éticos e de vigilância farmacológica, estando apta e colocando-se à inteira disposição para prestar qualquer tipo de esclarecimento em relação ao uso do CYTOTEC.

A DIRETORIA

Fonte: Jornal O Globo, 30.07.1991 p. 23.

Disponível na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Assim, embora o principal mote acusatório sobre o Cytotec fosse seu uso abortivo, pouco se discutiu essa questão dentro da Ação Civil Pública enquanto um problema de saúde pública agravado pelas desigualdades sociais ou como um direito reprodutivo e de autonomia das mulheres sobre os próprios corpos. O discurso utilizado para enquadrar o medicamento foi baseado no conhecimento científico que se pretende objetivo e neutro, portanto, não influenciado pelas questões sociais. Dessa forma, deixa claro a tentativa de não enviesar a discussão por problemáticas que redundassem em discussões mais amplas e pouco objetivas.

Este não é, no entanto, o modo habitual quando se trata da questão do aborto no Brasil. A discussão é geralmente acompanhada por elementos que trazem à tona valores morais e religiosos acerca do direito da mulher sobre ter filhos ou não. Nos próximos tópicos será

discutido como a normatização jurídica-sanitária do misoprostol significou, principalmente, torná-lo inacessível às mulheres.

\*\*\*

## **4.2 Controlando práticas femininas: o aborto sob a ótica jurídica e a ilegalidade das mulheres que abortam**

No livro “Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX”, organizado por Joana Maria Pedro, discute-se como o aborto e o infanticídio são práticas tão arraigadas no costume que se perdem no tempo, ou seja, são históricas. Assim, tais práticas:

Foram, em muitas culturas, sancionadas pelo costume, portanto passavam despercebidas. Ficavam numa semiconsciência entre o esquecimento e o descuido. A criminalização destas práticas tem uma história que passa pelo investimento de múltiplos agentes, e responde a mudanças na sociedade e nas relações de gênero. A construção do amor materno teve um papel importante no processo de criminalização e estranhamento desta prática (Pedro, 2003:10).

A prática do aborto, questão específica para esta tese, esteve presente nas mais diversas sociedades - da Antiguidade aos dias atuais. Embora sempre existisse, tal prática é permeada por mudanças e permanências. Transformaram-se os meios e os modos de fazer, os enquadramentos legais e os motivos, os valores morais e as questões médicas que permitem ou condenam o aborto. No entanto, mantêm-se como um recurso ao qual as mulheres recorrem diante de uma gravidez indesejada. O olhar da sociedade sob tais práticas nem sempre foi de condenação e criminalização. Durante muito tempo, elas foram sancionadas pela tradição sendo, inclusive, consideradas obrigação da mulher/mãe que se preocupava com a condição de criação dos filhos já crescidos e buscava não comprometer a sobrevivência da família (Pedro, 2003: 23). Nesse sentido, as práticas costumeiras passaram furtivamente pelo crivo das leis e se perpetuaram na sabedoria popular.

O controle sobre a prática do aborto é resultado da construção de um aparato médico e jurídico sobre costumes historicamente presentes na sociedade. E acreditamos que este processo está diretamente ligado à construção da maternidade como missão maior das



mulheres e do amor materno como algo natural e intrínseco do sexo feminino. Elizabeth Badinter, no livro “Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno”, demonstra como nos últimos anos do século XVIII se opera uma grande transformação na mentalidade sobre a imagem da mãe e sua importância, assim como a condição da criança e a preocupação do Estado com sua sobrevivência. Assim, entraram em cena discursos de ordens diferentes - entre eles médicos, administradores e moralistas- para convencer a sociedade e, principalmente, as mulheres sob esse novo status da maternidade. Dessa forma, eles “impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho” (Badinter, 1985: 144).

A fabricação do amor materno e sua essencialidade para todas as mulheres solidificou através dos tempos um pensamento de aversão a qualquer discurso contrário a essa condição. Depois de cristalizado na mentalidade coletiva e na sociedade, a relação entre mulher – maternidade – filhos – amor materno, tornou-se difícil romper com este ciclo. Eis que,

Não desejar ter filhos é um comportamento depreciado pela nossa cultura, e essa norma está profundamente interiorizada em nosso inconsciente. Mais grave ainda, moralmente falando, é recusar a gravidez já instalada, o embrião concebido, mesmo que a mulher não tenha desejado uma criança naquele momento (Prado, 2007: 21).

A presença dessa nova mentalidade no mundo social explica como o aborto, uma prática costumeira, que durante muito tempo esteve sorrateiramente presente na vida das mulheres, passou a ser perseguida, denunciada e condenada pelo olhar da sociedade e pelo julgo legal. A transformação da aceitação para a condenação dessa prática demonstra “a eficácia – no combate a elas – de agentes como a Igreja e o setor público, auxiliados por novos conceitos científicos e formas mais seguras de controle da natalidade” (Pedro, 2003: 24).

No Brasil, vimos esse processo acontecer a partir da gradativa inserção do aborto como crime dentro dos códigos penais. O código criminal do Império do Brasil de 1830, durante o reinado de D. Pedro I, foi o primeiro a tratar do crime de aborto. Neste, no entanto, o olhar condenatório não recaiu sobre as mulheres, mas sim sobre “terceiros” que praticaram o aborto com ou sem o consentimento das mulheres variando a sanção estabelecida. Os artigos referentes ao aborto foram previstos no capítulo “Dos crimes contra a segurança da pessoa e vida” no quais estabelecem,

Art. 199. Ocasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada.

Penas - de prisão com trabalho por um a cinco anos.

Se este crime for cometido sem consentimento da mulher pejada.

Penas - dobradas.

Art. 200. Fornecer com conhecimento de causa drogas, ou quaisquer meios para produzir o aborto, ainda que este se não verifique.

Penas - de prisão com trabalho por dois a seis anos.

Se este crime for cometido por médico, boticário, cirurgião, ou praticante de tais artes.

Penas - dobradas.

(Código Criminal do Império do Brasil, 1830: artigos 199 e 200).

Vê-se, portanto, que no primeiro momento a condenação recai sobre aqueles que possuem determinado conhecimento e fazem uso inapropriado. A partir de então, a condenação de pessoas envolvidas no crime de aborto se fará permanente no aparato legal.

O Código Penal de 1890 ampliou a criminalização do aborto enquadrando, também, aquele que é induzido pelas próprias mulheres. Os artigos, também no capítulo referente aos crimes contra a segurança da pessoa e vida, apresentaram maior riqueza de detalhes quanto à tipificação do crime de abortamento:

Art. 300. Provocar aborto, haja ou não a expulsão do fruto da concepção:

No primeiro caso: pena de prisão celular por dois a seis anos.

No segundo caso: pena de prisão celular por seis meses a um ano.

§ 1º Se em consequência do aborto, ou dos meios empregados para provocá-lo, seguir a morte da mulher:

Pena de prisão celular de seis a vinte e quatro anos.

§ 2º Se o aborto for provocado por médico, ou parteira legalmente habilitada para o exercício da medicina:

Pena - a mesma precedentemente estabelecida, e a de privação do exercício da profissão por tempo igual ao da condenação.

Art. 301. Provocar aborto com anuência e acordo da gestante:

Pena de prisão celular por um a cinco anos.

Parágrafo único: Em igual pena o incorrerá a gestante que conseguir abortar voluntariamente, empregado para esse fim os meios; e com redução da terça parte, se o crime for cometido para ocultar a desonra própria.

Art. 302. Se o médico, ou parteira, praticando o aborto legal, ou aborto necessário, para salvar a gestante de morte inevitável, ocasionar-lhe a morte por imperícia ou negligência:

Pena de prisão celular por dois meses a dois anos, e privação do exercício da profissão por igual tempo ao da condenação.

(Código Penal do Brasil, 1890: artigos 300, 301 e 302).

O primeiro código penal republicano, implementado durante o governo provisório de Deodoro da Fonseca em 1890, traz diferenciações para o crime de abortamento considerando

as consequências da tentativa, a pessoa que comete o ato e o motivo que levou ao ato. No primeiro caso, há um abrandamento da pena quando o aborto não se completou, ou seja, não expulsou o feto. É mantida a penalização para o aborto efetuado por “terceiros” – médicos ou parteiras” com ou sem anuência da gestante. Nesse caso, vê-se a tentativa de barrar a transmissão do conhecimento de médicos e parteiras para outros sujeitos que pudessem, dessa forma, ampliar a prática do aborto. Como afirmam Neckel et al.:

Tanto o Código Penal do Império de 1830, quanto o Código Penal Republicano, de 1890, previam a criminalização do aborto praticado por terceiros, com ou sem consentimento da gestante. Disso se depreende que esses Códigos Penais já procuravam combater uma prática antiga, que era a transmissão de conhecimentos, dentro de uma rede de solidariedade feminina, sobre remédios e intervenções que tinham, por finalidade, desembaraçar as mulheres de uma gravidez não desejada (Neckel et al., 2003: 103).

Penalizar as pessoas que colaboram em tal prática seria, desta forma, mais um método para inibir não só a ação em si, mas os conhecimentos/sabedorias necessários para praticá-la. A grande inovação deste código foi, portanto, inserir a figura da mulher nas penalidades. Embora, note-se, nessa situação, um elemento que demarca o caráter patriarcal e conservador da lei, pois, nos casos em que se buscasse “ocultar desonra própria”, haveria o abrandamento da pena imposta à mulher. Seria uma justificativa, aceitável socialmente para o período, para a interrupção de uma gravidez. Houve, ainda, a penalização para os casos de aborto legal em que, por negligência de médico ou parteira, ocorreu a morte da mulher. A pena, no entanto, era menor do que nos casos do aborto ilegal.

A análise comparativa dos códigos penais de 1830 e 1890 demonstra como o processo de criminalização do abortamento correspondeu às demandas das sociedades nas quais as leis são produzidas. Elas são reflexos do imaginário social que se tem a respeito das questões que envolvem sexualidade, reprodução e direitos individuais. Vê-se, portanto, que houve um gradual ganho de importância e centralidade de temáticas que antes permeavam o mundo social sem causar alvoroços.

A última mudança com relação à punibilidade em decorrência do aborto se deu em 1940. No entanto, antes de analisar esta modificação, destaco a importância do Código Civil de 1916, dada a relação que terá com a posterior aprovação do novo código penal. No livro I, com relação às pessoas, o artigo 4 do Código Civil de 1916 estipula que “a personalidade civil do homem começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo desde a concepção os

direitos do nascituro” (Brasil, 1916, art. 4). De acordo com esse entendimento, o atributo jurídico da pessoa passaria a existir a partir do nascimento e se esse acontecesse com vida. Porém, o artigo complementa ao dizer que a lei o põe a salvo (o feto) desde a concepção. Dessa forma, vê-se que o Código de 1916 se preocupou em delimitar parâmetros legais para a vida fetal. Essa preocupação, apontam estudos da área do direito civil, foi inspirada pelo Código Civil Francês de 1804, mais conhecido como Código Napoleônico. Esta lei resguardou direitos ao ser desde a vida intrauterina, tais como o direito à sucessão e doações (Pires, 2019: 18). Para tanto, estipulava a condição de nascimento com vida viável, ou seja, que apresentasse condições fisiológicas para a vida ou existência e funcionalidade dos órgãos essenciais (Moura, 2011: 11). Seguindo este raciocínio, o Código Civil de 1916, no Brasil, designou que a proteção dos direitos e da vida ocorresse desde o momento da concepção. Embora o direito civil e penal atue em circunstâncias diferentes, deve-se considerar a influência que exercem entre si na construção das leis e em sua aplicação. Assim, a elaboração do novo código penal ocorreu dentro desse cenário social.

As mudanças mais nítidas sobre a punibilidade do crime de aborto se deram com a aprovação do Código Penal de 1940, vigente até os dias atuais, no capítulo referente aos crimes contra a vida:

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque.

Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 125. Provocar aborto, sem o consentimento da gestante.

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

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

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

I - Se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

(Código Penal do Brasil, 1940: artigos 124 a 128).

Aqui estamos diante dos casos em que o aborto é criminalizado e as ocorrências em que é considerado legal. A variação das penas ocorre, mais uma vez, de acordo com a

circunstância de quem o comete e se existe ou não o consentimento da gestante. Insere nesse campo o agravo nos casos em que as mulheres sejam menores de 14 anos ou possuam algum tipo de doença mental que interfira nas suas capacidades de julgamento. Dentre os casos em que o aborto se torna permitido, mantem-se aquele necessário para salvar a vida da mulher e insere-se a situação de gravidez resultante de estupro. Neste código vimos desaparecer a centralidade da figura do médico e da parteira para a prática do aborto, recaindo sob a mulher a atenção maior quanto a este crime. O ganho percebido foi a garantia prática legal para duas situações, embora, na realidade, ainda seja complexo fazer-se cumprir essas determinações. Em 2012, tivemos a última modificação quanto à legislação do aborto no Brasil com a inserção de uma nova permissão: o aborto no caso de fetos anencéfalos por compreender que essa situação é incompatível com a vida.

É necessário vislumbrar que essas mudanças na legislação sobre o aborto não foram imediatamente acatadas dentro do universo de ações femininas. A incorporação dessas leis sobre as práticas costumeiras ocorreu gradualmente a partir do processo de disciplinamento das mulheres no que tange à sexualidade e à reprodução. Se, até certo período, as mulheres recorriam ao aborto como um método aceitável para o controle da natalidade, a mudança nessa concepção precisou ser repetida e legitimada em vários espaços, por sujeitos e instituições, até que fosse socialmente imposta. Embora o paulatino processo de controle e proibição da prática do aborto sabe-se, entretanto, que a existência de leis restritivas não é suficiente para impedir o feito. Ela continua a acontecer, contudo, impondo às mulheres a clandestinidade que significa, muitas das vezes, perigo.

O crescimento da vigilância sobre a prática abortiva não aconteceu, por outro lado, ocorreu dentro do campo jurídico. A medicina caminhou lado a lado da justiça na construção de uma legislação restritiva e punitiva acerca do aborto. Isso se deu porque o conhecimento médico foi fundamental no discernimento entre o aborto espontâneo, necessário e o aborto provocado. Os médicos foram chamados a emitir laudos, testemunhar e ratificar as decisões tomadas na esfera judicial. Ao estudar os crimes de aborto e infanticídio nos Campos Gerais entre os séculos XIX e XX, Georgiane G. H. Vázquez elucidou tal relação:

Assim, para que a justiça pudesse determinar com exatidão (ou pretensa exatidão) algum crime relacionado à sexualidade ou à maternidade, juízes, promotores e advogados recorriam aos saberes médicos. Na primeira metade do século XX aqui no Brasil esta articulação entre medicina e justiça foi se fortalecendo, principalmente quando o que estava em jogo era um conjunto de valores e práticas relacionados à vida das mulheres (Vázquez, 2005: 104).

O papel desempenhado por médicos nos processos criminais relacionados ao crime de aborto exerceu fundamental importância para orientar a decisão dos juízes quanto a existência ou não de um crime. Isso se deu porque profissionais detentores de um saber reconhecido socialmente terão a maestria em determinar que houve ou não o abortamento, em qual situação ele aconteceu e quais as ferramentas foram utilizadas para isso. Essas informações se fariam necessárias para julgar os envolvidos e impor a sentença aos culpados.

Ora, a partir do momento em que o aborto extrapola o universo de práticas femininas e se torna objeto de atenção da medicina, o saber institucionalizado representado pelos médicos busca demarcar a fronteira entre o aborto necessário (terapêutico) que, portanto, se faz legal e praticado somente pelos profissionais licenciados daquele que é provocado e ilegítimo praticado por leigos.

A gênese desse fenômeno encontra-se no século XIX com o avanço da medicalização e o domínio da medicina oficial sobre os processos relacionados à saúde reprodutiva. Exemplo desse movimento é estudado na dissertação de mestrado de Isabela Dornelas (2018) que trata sobre teses médicas do século XIX que defendiam a prática do aborto terapêutico nos casos em que as mulheres gestantes estivessem severamente doentes. Tal defesa não era consensual, visto que muitos médicos embora cientes da situação da gestante, não optassem pela realização do aborto, assim, como a própria Igreja Católica não aceitava a prática mesmo a gravidez representando risco para a vida da mulher. A autora destaca, no entanto, que se o aborto terapêutico recebia alguma legitimidade por parte dos médicos em suas teses, o aborto provocado era amplamente condenado. Nesses casos, os médicos argumentavam que profissionais sérios não tomariam partido em tal prática. É, justamente contra a má fé dos leigos, que se colocavam as falas proibitivas dos médicos com relação ao aborto. Para eles, era importante frisar o uso devido do recurso ao aborto do uso indevido dessa prática por pessoas não capacitadas (Dornelas, 2018: 81). Diante dessa exclusividade do saber médico quanto a realização da referida prática e da perícia que tais profissionais possuíam, foram eles chamados a utilizar seus conhecimentos em prol da justiça. A medicina legal, neste caso, faz uso de suas ferramentas para identificar os meios utilizados para a ação abortiva, as pessoas responsáveis pelo ato, as possíveis complicações que possam ter ocorrido após a realização e estabelecer evidências que sirvam como provas contra os acusados. Para isso, o corpo feminino era submetido ao escrutínio do exame médico-legal que resultava em um laudo sobre as condições observadas. O parecer do médico se tornou, desse modo, fundamental nos processos relacionados ao crime de aborto que,

As diligências na busca pela tipicidade e materialidade desse espécime de delito, interligam-se à prerrogativa médica de atestar o diagnóstico de vida (gravidez), de morte (causa mortis do aborto) e de nexo causal (elo entre ação/omissão e a morte). Raras as investigações de crime de aborto que prescindem dos conhecimentos da medicina e, particularmente, da obstetrícia forense (Aragão, 2020: 193).

O saber poder exercido pela medicina empreende, mais uma vez, controle sobre o corpo feminino e suas práticas. Dessa vez, auxiliando, através do conhecimento e ferramentas, práticas jurídicas, caracterizando os elementos referentes ao crime de abortamento e oferecendo, dessa forma, material para o exercício da legislação vigente. O argumento de autoridade fornece aos médicos um discurso de verdade que, quase nunca, é contrariado ou questionado.

A autoridade médica se fez presente nas discussões sobre aborto em diversas situações demonstrando o interesse da medicina por tais práticas, assim como o envolvimento das autoridades legais nesse processo. A criação da Sociedade do Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM – é representativa de como o consenso do pensamento médico contrário à prática do aborto mobiliza sujeitos em torno da questão e agrega aliados na luta contra a existência desse “mal” dentro da sociedade brasileira.

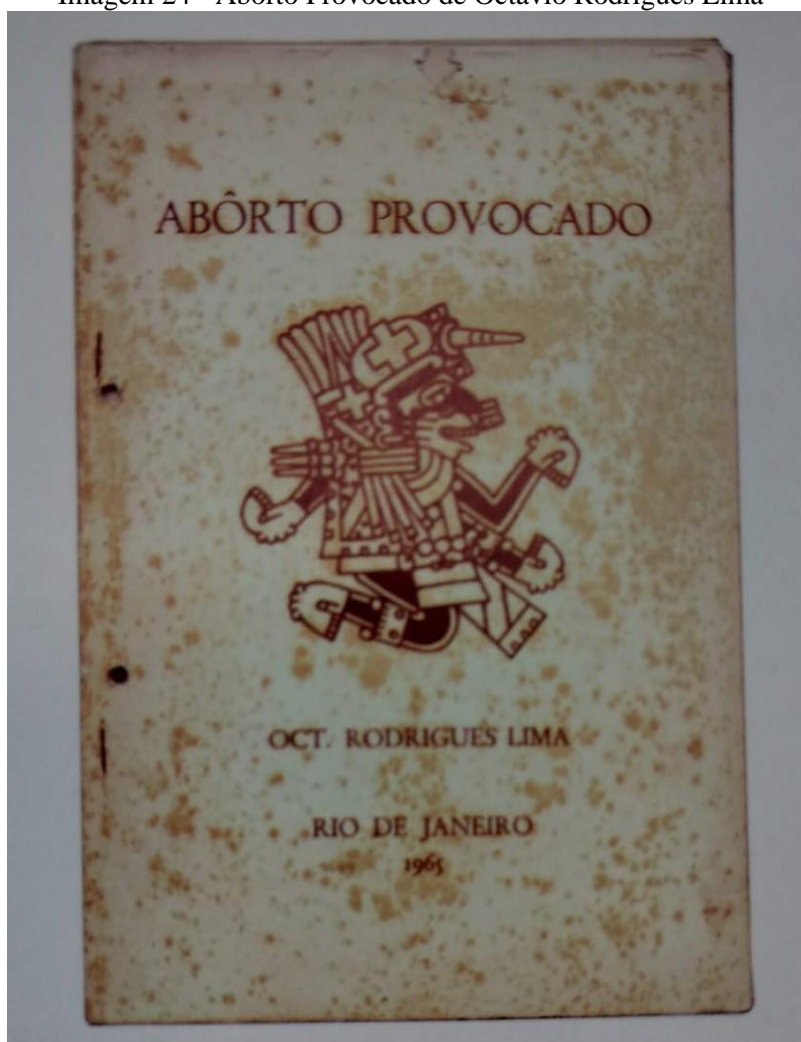
Em 1965, a criação da Sociedade do Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM – durante a XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia - representou o marco inicial das discussões a respeito das ideias de planejamento familiar em solo brasileiro sob a iniciativa do professor Octávio Rodrigues Lima. Como citado anteriormente, em seu trabalho sobre maternidade e contracepção de mulheres pobres em Fortaleza entre as décadas de 1960 a 1980, Valderiza Almeida Menezes analisou a atuação da BEMFAM na distribuição de pílulas anticoncepcionais para mulheres pobres dentro do programa de planejamento familiar defendido pela instituição. De acordo com a autora, a criação da BEMFAM se deu como resposta ao elevado número de abortos provocados no Brasil. O discurso da BEMFAM defendia que:

O planejamento familiar fazia-se necessário devido à constatação feita a partir de uma pesquisa apresentada por Octávio Rodrigues Lima e colaboração de Theógnis Nogueira e Nadir Farah que indicava que apenas no ano de 1964 haviam sido praticados, no Brasil, 1,5 milhão de abortos. A criação da BEMFAM teria, portanto, o objetivo de minimizar essa cifra através de orientações e divulgação de métodos contraceptivos às famílias pobres (Menezes, 2012: 50).

Dessa forma, retoma-se a propagada ideia de que existiu no Brasil uma “epidemia de abortos” que precisava ser combatida ora através do controle e da aplicação de penalidades a essa prática, ora através de métodos contraceptivos mais acessíveis às mulheres pobres que teriam nesses métodos a solução para evitar gestações indesejadas. Vê-se, nesse sentido, que a “demonização” do aborto presente na sociedade brasileira cresceu e ganhou novas formas de acordo com o período e os sujeitos envolvidos no debate. De uma prática costumeira e, em certas circunstâncias, aceitável, a ação abortiva foi paulatinamente enquadrada e condenada, seja na esfera moral ou na esfera social e criminal. O estabelecimento do planejamento familiar a partir da atuação da BEMFAM se integra a esse cenário. Na publicação “BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva” que narra a criação e institucionalização da organização no Brasil, vê-se a íntima relação entre a concepção de planejamento familiar e o aborto provocado. A idealização desse movimento é localizada no início do século XX em países da Europa e Estados Unidos a partir de iniciativas particulares, como foi o caso da enfermeira Margareth Sanger nos EUA. Insatisfeita com elevados números de abortos provocados que chegavam ao atendimento do hospital no qual trabalhava, decidiu promover a conscientização sobre métodos anticoncepcionais (BEMFAM, 2005: 18). A partir desse exemplo, outras situações são elencadas na publicação como marco na idealização do que viria a ser o conceito de planejamento familiar adotado em vários países. Embora essa iniciativa ocorra nas primeiras décadas do século XX, é a partir da segunda metade que veremos a inserção desses aspectos na sociedade brasileira.



Imagem 24 - Aborto Provocado de Octávio Rodrigues Lima



Fonte: Livro “BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva”. Rio de Janeiro, 2005, p. 23. Disponível na Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde – UFC.

No cenário brasileiro que iniciava sua experiência com a pílula anticoncepcional, a BEMFAM surgiu como uma organização capaz de divulgar os métodos contraceptivos, além de aconselhar as mulheres pobres. Vale salientar o recorte social ao qual se destinava às ações da BEMFAM, a utilizarem de forma correta todos os métodos. Diante desses benefícios, ficava clara a postura da organização quanto ao aborto. O aborto era uma prática condenada da qual as mulheres não precisariam mais recorrer, visto que o planejamento familiar através da prevenção de gravidezes indesejáveis iria mudar o cenário de abortos provocados no país. Com essa postura, a organização se aproximava de valores tradicionais, como os defendidos pela Igreja Católica. Embora a Igreja fosse contrária à utilização de métodos contraceptivos, o apelo aos índices de abortamento provocado tornava-se convincente quanto à necessidade desses métodos aliados ao planejamento familiar.

Assim, vê-se que os discursos são consensuais ao condenar a prática do aborto. Embora possa existir divergências quanto às medidas adotadas para controlar e impedir que o ato seja praticado, os vários sujeitos envolvidos nos debates médicos e jurídicos concordavam em censurar e punir a referida prática.

Como tratado até aqui, a produção científica acerca do Cytotec foi responsável pela estruturação de um arsenal de informações a respeito do medicamento, seus riscos e consequências, utilizado para a prática do aborto ilegal no país. Foi, também neste caso, o conhecimento médico-científico que amparou o processo de normatização que culminou na proibição da substância e na restrição do uso. Embora diante de um arsenal regulatório amplamente institucionalizado, a autoridade médica ainda se fez sentir, pois, se para as mulheres o Cytotec se tornou cada vez mais inacessível, o uso restrito ao ambiente hospitalar faz transparecer que existe um uso “aceitável” e legítimo, ou seja, aquele feito pelos profissionais reconhecidos e dentro do espaço igualmente especializado, diferentemente da utilização feita pelas mulheres que ocorria no espaço privado e, muitas vezes, com auxílio e supervisão de pessoas igualmente leigas. Essa é, novamente, mais uma forma de reconhecimento da medicina oficial frente aos conhecimentos e práticas costumeiras que foram, desde sempre, empreendidas no universo feminino.

A relação entre os âmbitos da medicina e da justiça se faz, dessa forma, notória no processo de normatização do Cytotec no Brasil e nas consequências imediatas que a criminalização do medicamento significou para o acesso das mulheres ao aborto medicamentoso considerado mais seguro entre as práticas existentes e, não menos importante, mais acessível quanto ao custo àquelas que são pobres, que não possuíam condições financeiras para procurar clínicas clandestinas.

É inegável que o Cytotec modificou o itinerário abortivo no Brasil e, certamente, em outros países. Se, até os anos 1980, os métodos ditos “físicos” como sondas e objetos pontiagudos, além dos métodos “para ingerir”, como chás, beberagens e, inclusive substâncias extremamente perigosas, como hidróxido de sódio (soda cáustica), representavam os meios mais comuns para provocar o aborto pelas mulheres. A introdução do Cytotec no mercado farmacêutico brasileiro – já na segunda metade da década de 1980 – revolucionou esse cenário. Esse fato, embora não consensual, foi reafirmado, ainda, por profissionais da medicina obstétrica, pois modificou o cenário de morbimortalidade consequente do aborto ilegal. O artigo, A experiência brasileira com o Cytotec, de Regina Maria Barbosa e Margareth Arilha (1993) foi um dos primeiros a abordar a presença e repercussão do

medicamento no país. As autoras entrevistaram profissionais de maternidades que lidavam diretamente com os casos de abortamento que chegavam para atendimento e, portanto, tinham conhecimento prático da realidade do aborto ilegal. A partir das entrevistas, os profissionais da saúde apontaram que o uso do Cytotec,

[...] gerou consequências positivas, como por exemplo uma mudança no perfil da mortalidade e morbidade por aborto em alguns hospitais de São Paulo. O sangramento uterino, principal complicação de seu uso, na opinião dos ginecologistas, é um evento de menor gravidade e dissolução médica mais fácil do que a perfuração uterina e a infecção pélvica, complicações comumente associadas a outros tipos de abortamento (Barbosa e Arilha, 1993: 417).

A análise histórica do processo de normatização do Cytotec permite sugerir que nas pesquisas realizadas acerca do medicamento, os possíveis riscos e perigos associados ao seu uso como abortivo foram privilegiados ao invés de seus possíveis ganhos para redução da mortalidade materna em situação de aborto provocado. Devemos relacionar tal fato ao contexto brasileiro de ilegalidade do aborto, que impede qualquer debate e avanço científico nesse campo e perpetua as condições de clandestinidade e perigo para as mulheres que se submetem à prática. Como apresento a seguir, o uso do misoprostol para a prática abortiva aparece como um elemento a mais na condenação jurídica e moral das mulheres que buscaram fazê-la. Considerando que o aborto já é, na maioria dos casos, uma prática ilegal no Brasil, o uso de um medicamento igualmente condenado e perseguido se torna, de certa forma, um agravante para a prática.

#### **4.3 Do enquadramento do misoprostol à condenação das mulheres que abortam**

Em setembro de 1997, a Revista Veja publicou um de seus números mais emblemáticos. A capa estampava o rosto de várias mulheres, famosas e desconhecidas, e ao centro a frase “Eu fiz um aborto: o depoimento das mulheres e a polêmica no Brasil”. Entre os nomes conhecidos, estavam Elba Ramalho, Cássia Kiss, Aracy Balabanian, Marília Gabriela, e outras artistas nacionais. O que unia essas mulheres e tantas outras anônimas? O fato de terem realizado um aborto em algum momento da vida. A matéria trazia depoimentos pessoais contando a experiência dessas mulheres, a motivação, o segredo e as dificuldades de quem passou por um aborto. Por que essa edição se tornou tão emblemática e é lembrada até os dias atuais? Pelo peso que a questão do aborto ocupa na sociedade brasileira, e o fato de

mulheres famosas e com carreiras admiradas admitirem uma prática ilegal. Emblemática também por mostrar que celebridades ou mulheres “comuns” enfrentam a hostilidade que é realizar um aborto em um país com leis tão restritas e valores morais acentuados que condenam aquelas que tomam a decisão de abortar.

Imagem 25 - Capa da Revista Veja “Eu fiz aborto”



Fonte: Acervo Digital da Revista Veja.

Ao longo da matéria, falou-se dos diversos métodos encontrados pelas mulheres para praticar o aborto, entre eles, o Cytotec. Uma página quase completa foi dedicada àquele método, “[...] estima-se que 80% dos abortos realizados no país empreguem esse tipo de remédio. O preço é de 100 reais por quatro comprimidos no mercado negro, enquanto um aborto numa clínica com jeito de hospital decente pode chegar a 2000 reais” (Veja, 1997: 32). Dessa forma, o custo mais barato em relação às clínicas clandestinas explicava por que o Cytotec tinha se tornado a principal opção para as mulheres com poucas condições financeiras. Embora o custo dele ainda fosse menor, o mercado clandestino já o vendia com

preço superior ao encontrado nas farmácias antes da suspensão da livre comercialização, como visto no capítulo 2.

Seguindo a discussão acerca do medicamento, seus benefícios e prejuízos para a prática do aborto, a reportagem continua “O Cytotec chegou à Bahia”, diz Sara Barbosa – diretora de uma maternidade em Salvador (Idem).

À venda por contrabandistas, a droga provoca contrações fortíssimas, que produzem hemorragias intensas. Sua eficácia não é garantida. O embrião pode não sair – provocando uma infecção gravíssima na mulher. Ou seja: não é nenhuma sétima maravilha abortiva (Veja, 1997: 32).

Assim como em outros espaços, a grande utilização do Cytotec pelas mulheres é apresentada como uma mudança – talvez um avanço –, nas práticas abortivas. No entanto, embora fornecesse maior facilidade e menor custo, destaca-se a ideia de eficácia duvidosa que também poderia ser danosa para as mulheres.

Imagem 26  
Matéria da Revista Veja “Nós fizemos aborto”.



Fonte: Acervo Digital da Revista Veja.



Na edição posterior, em 24 de setembro de 1997, na sessão de cartas, uma leitora comenta a respeito da discussão sobre aborto tratada na edição anterior. Ela diz:

Sou católica apostólica romana, faço parte de um grupo de oração e atualmente participo do seminário do Espírito Santo. Mas antes de qualquer coisa sou mulher, e acredito ser uma violência impedir alguém de escolher o que é melhor para si. Creio também que, se a sociedade fosse menos hipócrita, seria mais fácil abordar esse assunto. Acho desumano não regulamentar essa lei, pois os abortos continuam a existir, com agulha de tricô, Cytotec e curetagem em clínicas clandestinas (Veja, 1997:7).

A reportagem “Eu fiz um aborto” e a carta da leitora na Revista Veja foram publicadas no ano de 1997. Nesse período, o processo de normatização sanitária e social do misoprostol já estava em andamento. Diversas portarias estaduais já designavam as formas de controle para comercialização e estoque, assim como o Ministério da Saúde já criava mecanismos de vigilância em nível nacional. Apesar de todos os artefatos sanitários para impossibilitar o uso *indevido*, ou seja, o uso feito por mulheres para a prática do aborto, o misoprostol persistia como uma das ferramentas mais acessíveis para as mulheres que buscavam interromper uma gravidez. Esse uso *indevido* e criminoso do medicamento aparece em intimações de réus (homens e mulheres) acusados de praticar aborto como demonstrei adiante.

Ao realizar a busca por portarias referentes ao misoprostol nos diários oficiais de vários estados, deparei-me com o Diário Oficial do Estado de São Paulo onde constavam extratos de intimações das diversas varas de justiça do estado. Chamou a atenção o fato de que entre os anos de 1990 e 1999, anos para os quais realizei a busca, foram encontrados 11 casos em que a palavra misoprostol ou Cytotec foram citadas na intimação de réus por prática de aborto. Embora numericamente pouco expressivo, deve-se considerar que, ao lidar com abortos clandestinos, nunca teremos números reais e exatos, pois a maioria destes não se tornam de conhecimento de autoridade oficial alguma. Além disso, mesmo aqueles que são notificados não se tornarão, obrigatoriamente, alvo de algum tipo de processo. Portanto, o pequeno número representa o universo dos casos em que as denúncias tiveram elementos de sustentação e as autoridades levaram a diante como um processo criminal. Vale destacar, também, que os extratos de convocação publicados nos diários oficiais trazem informações resumidas acerca da acusação e dos acusados. Portanto, a referida fonte nos permite elucidar que o Cytotec se tornou uma ferramenta abortiva amplamente conhecida e utilizada no

universo feminino, embora não seja possível traçar os desdobramentos dos casos aqui analisados por insuficiência de dados.

Diante do potencial analítico permitido pelas fontes apontadas, tomarei essa pequena amostra para abordagem de que o disciplinamento jurídico-sanitário do misoprostol colocou sobre as mulheres uma dupla condenação. Primeiro por praticarem o aborto ilegal e, em segundo, por utilizarem como ferramenta um medicamento também ilícito. Sob essa perspectiva, essas mulheres seriam duplamente criminosas. Ao examinar as intimações, nota-se que as mulheres que praticaram o aborto com a utilização do Cytotec, geralmente, o fazem com a ajuda de terceiros. Amigas, familiares ou até mesmo o companheiro que consente com o aborto ou, em determinadas situações, impõe a decisão de abortar à mulher.

Tabela 11  
Diário Oficial de São Paulo – Convocação de acusados por crime de abortamento

Ano	Número de casos
1991	3
1992	1
1993	2
1994	1
1995	3
1996	1
<b>Total</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaboração própria a partir do Diário Oficial de São Paulo, 1990 a 1999.

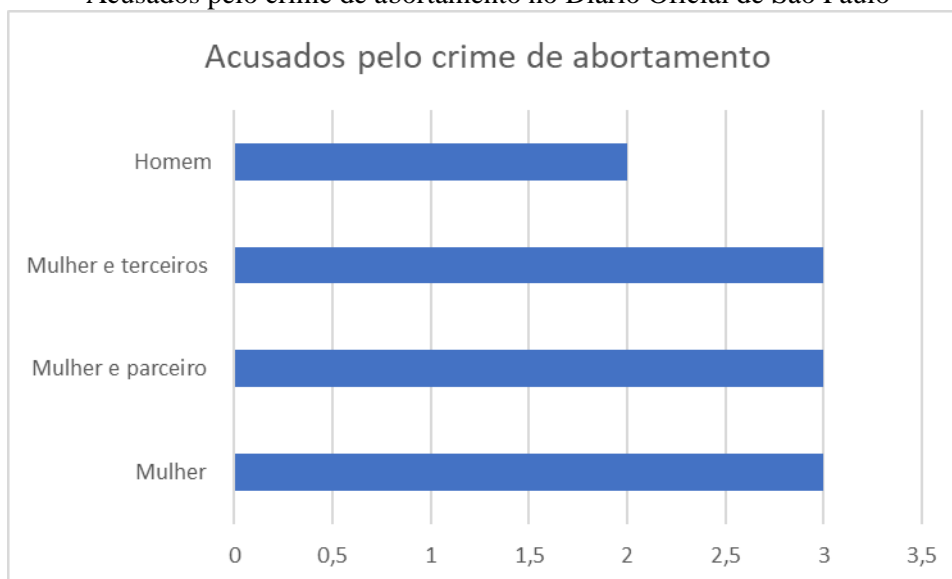
O gráfico a seguir sintetiza as informações referentes a quem são os acusados nos extratos de convocação publicados no Diário Oficial de São Paulo. Na grande maioria dos casos, as mulheres aparecem como as principais acusadas pelos crimes de abortamento. Junto a elas, estão as figuras do companheiro, seja ele namorado, esposo ou apenas um relacionamento casual, que é apresentado como pai da criança. Por último, cito a presença de “terceiros” que são, em muitos casos, mulheres que fazem parte de uma rede de apoio e ajudam a acusada na prática do aborto. Isso acontece porque a prática de dividir segredos sobre assuntos de foro íntimo e que fazem parte do universo feminino está arraigada no tempo e nas relações entre mulheres. Entre os segredos divididos estão, também, os saberes caseiros que são repassados dentro da família, entre vizinhas e amigas. Por esse motivo, torna-se frequente a figura de uma terceira pessoa nos processos de crimes de abortamento. Quando não se trata do médico, o personagem que encarna o saber oficial, refere-se a outras mulheres

que ajudam ou apoiam aquela que praticou o ato através de seus conhecimentos. Principalmente quando estes dizem respeito a métodos para “fazer vir a menstruação”,

Até hoje o cuidado com a saúde das mulheres, das crianças e da família em geral estão a cargo das mulheres de famílias populares [...]. Os remédios e tratamentos ditos caseiros são, na verdade, femininos. São saberes e práticas que circulam há gerações, de mulher para mulher, principalmente através de laços de parentesco e vizinhança (Motta, 2015: 86).

Estes saberes incluem “chás e ervas com qualidades mágicas como a arruda, mas também alimentos de uso cotidiano preparados e consumidos de forma diferente do costumeiro, como a queimada de três ervas (arruda, noz-moscada e canela) junto com cachaça” (Motta, 2015: 152). Mulheres são chamadas a socorrer outras mulheres quando o assunto é contracepção ou, neste caso, por fim a uma gravidez indesejada.

Gráfico 4  
Acusados pelo crime de abortamento no Diário Oficial de São Paulo



Fonte: Elaboração própria a partir do Diário Oficial de São Paulo, 1990 a 1999.

Friso, neste espaço, que a separação entre contracepção e aborto é resultado de um esforço, principalmente médico e oficial, em separar as duas práticas de forma a determinar o que é aceito e o que é crime. Esta questão é tratada por Fabíola Rohden no livro “A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX”. Durante um



longo período, a aproximação e, talvez, certa confusão entre contracepção e aborto foram comuns. De acordo com a autora,

Para o público em geral, era difícil diferenciar o uso de chás purgativos e supositórios - usados para “regular” as mulheres, “fazendo descer a menstruação” - dos abortivos. O aborto fazia parte de um contínuo de práticas de controle da natalidade e constituía um recurso usado principalmente pelas mulheres de classes menos favorecidas, que teriam menos acesso aos contraceptivos (Rohden, 2003:30).

Dessa forma, é comum encontrarmos receitas caseiras que teriam uma finalidade abortiva, descritas como soluções para regular menstruação afastando, dessa forma, o teor moralista e incriminador que a prática do aborto poderia provocar nas mulheres que buscam aqueles saberes ou naquelas que oferecem.

No livro citado acima, Rohden analisa os processos criminais da cidade do Rio de Janeiro sobre crimes de abortamento e infanticídio no início do século XX. As fontes analisadas que conjugam o inquérito policial e seu desdobramento em processo crime oferecem um material rico em informações sobre como a prática do aborto foi enquadrada pelo aparato jurídico-policial, assim como o conhecimento médico foi amplamente utilizado como saber oficial para fazer denúncias ou consubstanciar queixas já existentes. Esses processos “revelam indícios sobre o controle da natalidade de forma geral, e sobre a relação entre o pensamento médico e o sistema jurídico-policial” (Rohden, 2003: 124). Em muitos desses casos, os médicos eram chamados a depor sobre os procedimentos realizados nas pacientes, se o abortamento fora natural ou provocado e quais os métodos adotados para a referida finalidade, de tal forma que a autoridade médica dispunha de muito prestígio em tais inquéritos. Além da participação do saber médico nesses processos, outro fato também interessa na discussão apresentada aqui. O fato de que as denúncias do crime de aborto poderiam partir dos médicos que atendiam as mulheres após o procedimento, assim como de patrões, parentes e vizinhos, demonstrando que esses casos podiam interessar às pessoas de convívio mais próximo das mulheres acusadas, embora o motivo do interesse não fosse claro (Idem, 131).

Diferente do processo criminal, as convocações para depoimento feitas por meio do Diário Oficial não trazem informações completas. Trata-se, nesse caso, de um resumo da denúncia e das pessoas envolvidas. Embora não seja possível entrever os resultados dessas situações, são fontes interessantes por apresentar acusadas e acusados, assim como a forma pela qual se pretendeu praticar o aborto. Não pretendo descrever cada um dos casos, mas

atentar para questões importantes e que permitam refletir sobre a utilização do Cytotec na prática do aborto ilegal e como este foi enquadrado nesse processo.

O primeiro caso trata da jovem Marli Machado,<sup>77</sup> de 24 anos; e do namorado José Edison Pereira residentes no bairro de Pinheiros, SP. Segundo consta, o namorado “[...] forneceu a indiciada, deliberada e graciosamente o referido medicamento, do qual conhecia os efeitos colaterais. Forneceu, mediante interposta pessoa, sabendo que a ré o utilizaria para a prática criminosa” (DOESP, 1991: 219). Neste caso, Marli foi acusada de acordo com o artigo 124 do Código Penal; e o namorado, que forneceu o medicamento Cytotec, denunciado como partícipe.

Também com a participação do parceiro foi o caso da ré Edna Aparecida Lopes do município de Presidente Prudente, SP. De acordo com o extrato publicado no DOESP, consta no inquérito policial que Edna provocou o abortamento em si mesma ingerindo, para isso, quatro comprimidos de Cytotec. Para tal, “o réu Luiz Carlos, suposto pai do nascituro, induziu Edna sugerindo-lhe e insistindo na ideia, bem como fornecendo-lhe a droga abortiva” (DOESP, 1991: 335). A mulher informou que os dois mantiveram relacionamento sexual e ao procurá-lo para informar da gravidez, ele se recusou a assumir a responsabilidade pela gravidez. Assim, buscando esquivar-se do embaraço, induziu-a aceitar a ideia do aborto.

Para finalizar os casos em que a mulher e o parceiro são intimados como acusados do processo, trago o caso da menor, portanto inimputável à época, Cleunice S. Magalhães e de Eliezer Siqueira da Silva, com o qual mantinha relacionamento. De acordo com o inquérito policial, a menor ingeriu vinte e sete comprimidos de Cytotec para interromper a gravidez, fruto do relacionamento amoroso com Eliezer - responsável pela compra do medicamento em uma farmácia da região (DOESP, 1995: 117). Por se tratar de uma menor, neste caso, apenas o parceiro responderia pelo crime de aborto. Outro nome masculino é citado na convocação como participante do ato, no entanto, não se refere a qual tipo de envolvimento seria e nem oferece maiores informações sobre essa terceira pessoa. Interessante observar que neste caso, a ingestão de 27 comprimidos representa uma dosagem bem acima do comum relacionado a prática do aborto. Isso corrobora, mais uma vez, com o que foi explanado no capítulo anterior. A forma de utilização do Cytotec, por via oral e vaginal, muitas vezes com doses elevadas e vários dias ininterruptos de uso, foi consequência da ausência de informações “oficiais”, ou seja, confiáveis do ponto de vista da posologia do medicamento. Dessa forma, quando não

---

<sup>77</sup> Os nomes apresentados aqui são fíéis aos presentes nos extratos do Diário Oficial de São Paulo. Não houve a necessidade de ocultar os nomes dada a publicização já realizada pela publicação desses diários na internet. Diante disso, consideramos que as informações expostas aqui são de domínio público.

havia nem a orientação de um farmacêutico ou “intermediário”, a ingestão acontecia conforme o conhecimento prévio das mulheres ou mesmo desespero que a situação impunha para cada uma delas. No caso da menor Cleunice, imagina-se que a falta de informações claras e o desconhecimento sobre a ação do medicamento fez com que a mesma ingerisse muitos comprimidos de modo a conseguir chegar ao aborto.

Os três casos acima apontam para a figura do homem como o responsável por fornecer o medicamento para a prática do aborto às mulheres. Isto reporta ao texto, anteriormente citado, de Diniz e Madeiro (2012). Os autores destacam que no itinerário da prática do aborto, aos homens cabe o papel de aquisição do medicamento - seja por vias legais, quando ainda era comercializado nas farmácias, seja por meios ilegais (Diniz e Madeiro, 2012: 1800). No âmbito das relações entre os casais, muitas negociações íntimas e secretas são feitas sobre a decisão de abortar. Os casos acima demonstram que, na maioria das vezes, os parceiros são informados sobre a gravidez e apoiam na decisão do aborto e/ou são eles mesmo que impõem essa condição por não desejarem assumir a responsabilidade paterna. Embora seja preciso atentar para o fato de que nem sempre esses sujeitos são indiciados ou, quando citados, assumem a condição de partícipe, como no caso de Marli Machado e o namorado José Edison.

Na definição jurídica, autor é quem pratica o crime e o partícipe é aquele que ajuda, ou seja, aquele que sabe das intenções do autor de praticar um ato ilícito e o ajuda para tal.<sup>78</sup> A partir dessa diferenciação é possível compreender que há uma assimetria no grau de culpabilidade que recai sobre autor e partícipe do ato. No caso dos acusados pelo crime de abortamento, geralmente, às mulheres, recai a autoria, pois são elas que, de fato, cometem o ato criminal; e para os homens, embora participem da decisão de abortar ou mesmo coajam as parceiras a tomar tal decisão, são considerados apenas participantes do crime e, portanto, com penalidade menor para este ato.

O caso de Luciano Lino Vieira e Aurilene Fernandes da Costa, em São Bernardo do Campo/SP, teve um desenrolar diferente. Em janeiro de 1991, foi Luciano acusado de, mediante grave ameaça, constranger sua esposa Aurilene,

1º a ingerir várias doses do medicamento Cytotec – misoprostol – 200mg, de efeito colateral abortivo; 2º Que assim agindo o réu mencionado deu início à execução de um crime de aborto que não se consumou por circunstâncias alheias à sua vontade, eis que o remédio não teve o efeito costumeiro (DOESP, 1996: 379).

---

<sup>78</sup> Definição de acordo com o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Disponível no site: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/autoria-participacao>. Acesso realizado em 22.04.2022 às 09h19.

Neste caso, o aborto não se consumou. O advogado de Aurilene pretendia provar que a ação foi imposta pelo esposo que se utilizou da força e da ameaça para fazer com que a mulher fizesse a ingestão dos comprimidos. Diante da falha deste, a gravidez prosseguiu. Interessante perceber que no caso em que o aborto não é consumado, a acusação recai sobre o homem por forçar a “tentativa” de crime. Será que se consumado, a acusação aconteceria de forma diferente? O homem continuaria a aparecer como culpado por forçar o ato? Outra questão é que se trata de um relacionamento considerado oficial aos olhos da lei e não uma relação casual como exposta em outras acusações. O fato de se tratar de um casamento legítimo pode também ter interferido na forma de abordagem dada a situação. Colocando a mulher como vítima da situação imposta pelo esposo, e não como autora do crime.

No DOESP, também encontramos casos que se referem ao indiciamento de mulheres que praticaram o aborto e daquela que as ajudaram a realizar o ato. No município de Santa Bárbara d’Oeste, SP, o inquérito policial indica que, no mês de novembro de 1990, a indiciada Augusta Félix ingeriu vários comprimidos de Cytotec provocando aborto em si mesma. Conforme Augusta, ela se dirigiu a farmácia e comprou o medicamento, ingerindo-o em doses acima das recomendadas pelo balconista. A participação de Aparecida Conceição se deu no auxílio para a ocultação do cadáver do feto no quintal de sua residência (DOESP, 1995: 308). Neste caso, as duas foram convocadas como réis no crime.

No dia 13 de julho de 1993, na cidade de Lençóis Paulista, o juiz publicou a sentença sobre o crime de abortamento provocado em 1990. Ana Lúcia dos Santos e Maria Aparecida Rodrigues foram acusadas pelo crime de aborto através da ingestão de comprimidos de Cytotec. A primeira delas, para interromper a gravidez, ingeriu comprimidos e introduziu na vagina de forma que o aborto aconteceu. A segunda, Maria Aparecida, participou ajudando a amiga durante o processo. Sendo as duas consideradas réis primárias, coube pena de 1 ano de detenção para cada uma. Devido a menor participação de Maria Aparecida, teve pena reduzida em 1/3. O juiz justifica a decisão:

Opto pelo maior fator de redução, atendendo às circunstâncias do fato, uma vez que, como partiu de Maria Aparecida a orientação no uso do medicamento abortivo, poderia partir de qualquer outra pessoa, até mesmo o balconista da farmácia. Com isso, aplico-lhes a definitiva pena privativa de liberdade de 8 meses de detenção (DOESP, 1993: 151).

Considerando que Maria Aparecida foi a responsável pela indicação do Cytotec como abortivo e que esta informação poderia ter sido repassada por qualquer indivíduo, sua participação foi considerada de menor importância no ato. Embora, mesmo assim, tenha sido considerada culpada e sujeita a pena. A respeito da penalidade, ele propõe que as réis:

As acusadas prestarão serviços à comunidade, junto às creches municipais, distintas, se tiverem o mesmo domicílio, mantidas pelo poder público, cuidando especialmente de crianças de tenra idade, para que, com isso, tenham a possibilidade de meditar em torno da conduta que tiveram, valorizando a vida em todos os seus aspectos, especialmente, e com maior razão ainda, a vida humana (DOESP, 1993: 151).

A decisão do juiz em converter a pena de privação em prestação de serviços em uma creche infantil cuidando de crianças pequenas nitidamente aponta para o ideal maternal de mulher. Pretende, com essa penalidade, fazer com que as réis vislumbrem o valor da maternidade e da vida das crianças e no quanto cruel consiste a prática do aborto. Retoma-se, dessa forma, a construção do amor materno e da mãe ideal como a missão maior da vida das mulheres, discussão presente na historiografia já citada.

Como citado anteriormente, Badinter (1985) propôs em seu livro desconstruir a ideia de que a realização da mulher se dá através da maternidade. Para isso, a autora buscou desmistificar a ideologia maternalista e o desejo de ser mãe como próprio e natural de todas as mulheres. Ao fazer isso, demonstra que a maternidade é uma construção sociocultural e, por esse motivo, diferencia-se de acordo com o contexto social ao qual se liga. Significando, desse modo, que o valor dado a tal concepção não foi o mesmo em todos os períodos da história e em todas as sociedades. Se o amor materno não é, portanto, uma ordem da natureza, para forjá-lo, portanto, foi preciso manusear ferramentas materiais e simbólicas que contribuiriam na edificação do mito da maternidade. Nesse processo, discursos de todas as ordens (econômico, médico, psicológico, filosófico) foram manipulados e colocados ao trabalho de produzir a mãe e o ideal de maternidade. Assim, “exaltam-se interminavelmente as doçuras da maternidade, que deixa de ser um dever imposto para se converter na atividade mais invejável e mais doce que uma mulher possa esperar” (Badinter, 1985: 177). A maternidade aparece, dessa maneira, como o destino pelo qual todas as mulheres aspiram e deixa de ser uma obrigação para se tornar um troféu. Para construir esse sentido, os discursos legitimadores do novo ideal de maternidade congregaram de pensamentos semelhantes quando tratavam do papel social que a mulher ocuparia como mãe e que lhes asseguram,

assim, prestígio perante a sociedade. Pois, “colocado o papel central das mulheres como cuidadoras, elas passam a ter o respeito social, [...] e a realização pessoal em desempenhar esse dever” (Dornelas, 2018: 12).

É importante frisar que a edificação do papel social da mulher como mãe está intrinsecamente relacionado a necessidade de sobrevivência da população, do Estado e da nação que se faria, portanto, através do crescimento demográfico (mais nascimentos) e da boa criação da prole. Isso ocorre no contexto europeu do século XVIII em que a alta taxa de mortalidade infantil representava uma ameaça ao desenvolvimento social e econômico das nações. Para alcançar esses objetivos, ou seja, de salvamento da nação, o impulso fundamental recaía sobre as mulheres que assumiam a função de mãe – parir e cuidar – dos cidadãos da nação. Eis que, nesse sentido, nenhuma mulher poderia escapar da missão de ser mãe. E essa condição pode ser lembrada em vários momentos da vida da mulher que se vê exposta a várias situações sociais que trazem à tona essa pretensa naturalidade do cuidado materno. A recusa à maternidade não é aceita e, torna-se pior, se isso acontece através da prática do aborto.

Isto se coloca, inclusive, na penalidade imposta às duas mulheres acusadas pelo crime de abortamento. O contato com as crianças de tenra idade faria “reacender” o lado maternal natural que existe em todas as mulheres, e as réis sentiriam, de tal maneira, profunda culpa pelo ato logrado. Impor o cuidado de crianças pequenas a mulheres que praticaram um aborto se apresenta como uma punição não só no âmbito da lei, mas também da moral social que faz lembrar, às mulheres, sua função principal como mães. Vemos, assim, como a maternidade se constituiu como um dos mais fortes mitos da cultura ocidental (Perrot, 2019: 69). O mito da maternidade, conforme Rachel Soihet, exerce de tal forma pressão sobre a mulher desde a infância que, “desde muito cedo é bombardeada com estímulos para o exercício de tal mister como algo para o qual não cabe qualquer modalidade de opção” (Roihet, 1986: 191). A falta de opção do exercício da maternidade e, como consequência, do cuidado infantil se apresenta inclusive através das penalidades impostas às mulheres. A condenação e a penalidade impostas pelo juiz no caso de Ana Lúcia e Maria Aparecida demonstram como, ao sexo feminino, foi imposto o dever da maternidade e, mesmo quando a condição de réis primárias abrandava a condenação legal, faz-se impor-lhes métodos que permitam “refletir” sobre seus deveres perante a sociedade e, ainda mais importante, com a vida humana que o feto ali representaria. O direito à vida do feto, embora que rapidamente, é evocado na sentença das duas mulheres.

Considerando que as ideias supracitadas permanecem, ainda hoje, orientando a conduta de sujeitos e instituições responsáveis pela elaboração das normas sociais, não é espantoso perceber que a conduta do juiz reproduziu esses elementos tão questionados já na época de sua decisão. Não se esquece, portanto, que nestes processos está se julgando, também, os papéis sociais de homens e mulheres e a obrigação que recai sobre cada um no mundo social.

A maioria dos casos encontrados no diário oficial de SP tratam de abortos realizados em 1989, 1990 e 1991, embora o desenrolar do inquérito policial até a convocação dos acusados seja mais longo e se estenda, em algumas situações, por mais de cinco anos depois da denúncia. Diante dessas datas, trata-se aqui do período em que o misoprostol ainda era comercializado livremente nas farmácias da maioria dos estados brasileiros. É também o período em que houve a maior disseminação do medicamento como método abortivo. De acordo com Barbosa e Arilha,

[...] pode-se afirmar que em 1991 o Cytotec era conhecido como abortivo em praticamente todo o Brasil, não sendo possível identificar apenas uma fonte responsável pelo processo de disseminação do uso do Cytotec entre as mulheres brasileiras que desejavam abortar. As farmácias, os médicos, o laboratório, as próprias mulheres e a mídia impressa e televisiva fizeram parte de uma grande cadeia que cresceu num processo de complementariedade (Barbosa e Arilha, 1993: 414).

A disseminação do potencial abortivo do Cytotec e a possibilidade de adquirir nas farmácias a baixo custo fez com que o método ganhasse repercussão e atenção das autoridades. Como percebido através dos casos de São Paulo, o medicamento era adquirido em diferentes fontes e utilizados de maneiras diversas devido à falta de informações claras e objetivas sobre sua posologia.

Após a proibição da comercialização no Ceará, o acompanhamento feito pelo GPUIM apontou a queda no número de abortos com Cytotec. Segundo informado, constatou-se diminuição de 15% com relação aos 12 meses anteriores no uso do medicamento como abortivo. Tanto membros do GPUIM, como representantes do CCDDM e o próprio procurador Oscar Costa Filhos comemoravam os dados como resultado empírico das medidas de restrição e da implementação da fiscalização da comercialização ilegal. Esperava-se que os resultados fossem ampliados para o restante do país à medida que outros estados adotassem providências semelhantes para controle do medicamento.

## Imagem 27

Queda no número de abortos após proibição no Ceará

*Comercialização do Cytotec*

# Cai número de abortos após 1º ano da proibição

Após um ano em que a comercialização do Cytotec (Misoprostol) foi proibida por determinação judicial no Estado, a constatação feita é de que a utilização como droga abortiva foi nesse período 15% inferior aos dados obtidos nos 12 meses anteriores, diminuindo consideravelmente o número de abortos. A avaliação desses índices e mais a determinação para que a ampliação da medida se estenda para todo o País foram os principais assuntos discutidos ontem na sede do Conselho Cearense de Defesa dos Direitos da Mulher (CCDDM), na reunião que contou ainda com a presença de técnicos de Farmácia, representantes de entidades médicas, Secretarias de Saúde do Estado e do Município e da Procuradoria Geral da República.

A avaliação do primeiro ano da proibição da venda da droga foi feita a partir de pesquisa realizada pelo Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), coordenado pela professora Helena Lutécia, do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tendo por base 593 prontuários de internações feitas na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand para curetagem (raspagem do útero para retirada de restos de abortos) por abortamento provocado, 444 corresponderam ao uso do Cytotec, 57 a outros medicamentos, 37 a medicamentos não especificados e 19 a abortamentos praticados por "curiosas", restando 36 sem especificação de causa.

Para Helena Lutécia, os resultados obtidos podem ser considerados satisfatórios porque está havendo uma queda progressiva no uso desse medicamento (apesar de irregular) e por não haver aumento compensatório do emprego de outras práticas abortivas, o que sugere uma queda real no número de abortos. Ela considera que a queda no uso está relacionado com a divulgação de informações e o debate veiculado pela imprensa a partir de novembro de 1990, quando o GPUIM divulgou suas primeiras pesquisas sobre o Cytotec.

**EFEITOS ABORTIVOS**

A presidente do CCDDM, Fátima Dourado, que coordenou a reunião, os números apresentados pela mais recente pesquisa do GPUIM comprovam que a fiscalização e vigiância em torno da venda do medicamento não têm sido eficientes. Ela reconhece que a proibição das vendas não acelerou o processo, uma vez que a comercialização pode ser obtida em outros Estados (onde não vigora a proibição) e introduzida no Ceará de forma clandestina.

"O Conselho não é um órgão fiscalizador, não podemos empreender o fechamento de estabelecimentos comerciais, mas vamos ampliar o debate para mostrar que o Cytotec é uma droga abortiva, não se sabe ao certo quais os efeitos que causam ao feto e que na maioria das vezes não pratica o aborto completo, o que leva a mulher a se submeter aos perigos da curetagem", afirma Fátima Dourado. Ela pretende organizar para breve um seminário fechado contando com as participações e entidades e órgãos envolvidos com o setor de saúde para discutir não somente questões ligadas a práticas abortivas de maneira geral mas também avaliar o planejamento familiar.

"Tem havido uma diminuição na oferta de serviços a saúde da mulher e é preciso que tenhamos mais determinação para conseguir mais resultados nesse sentido", destaca Dourado lembrando que as mulheres ao apelarem para a curetagem (que quase sempre acontece quando se usa o Cytotec) correm o risco de contraírem infecções, hemorragias e até ficar estéreis.

**PROIBIÇÃO GERAL**

Para o procurador da República no Ceará, Oscar Costa Filho, a suspensão da venda do Cytotec através de liminar poderá ser definitiva nos próximos dias quando a Justiça Federal irá julgar o mérito da medida. Ele também fará um encaminhamento para que a decisão se estenda a outros Estados do País a fim de evitar até o comércio paralelo.

O Cytotec, que contém a droga misoprotol, fabricado pelo laboratório Biolab-Searle, é um análogo sintético da prostaglandina. É indicado para úlcera gástrica e largamente utilizado no Brasil como abortivo. A sua venda foi proibida no Ceará em julho de 1991 e submetido a controle com dupla receita em todo o País na mesma época.

Uma das questões levantadas pelo GPUIM é que havia indícios de má formação para os fetos com o uso do Cytotec. Para se ter maior comprovação desses casos, o Grupo solicitou ontem a representantes da área médica, como os da Secretaria de Saúde do Estado e do Município, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e outros para que se faça um registro de toda anormalidade que seja verificada a partir dos becários pelo uso do medicamento.

Fonte: Jornal Diário do Nordeste, 08.07.1992 p. 11.

Disponível na Biblioteca Pública Estadual do Ceará (BECE).

Para os envolvidos no processo de regulação do Cytotec, a queda no número de abortos provocados com o medicamento resultava da "divulgação de informações e o debate veiculado pela imprensa a partir de novembro de 1990, quando o GPUIM divulgou suas primeiras pesquisas" (Jornal Diário do Nordeste, 1992: 11). Se confrontado com os dados de comercialização informado pelo laboratório Biolab, percebemos o cenário de queda nas vendas legais do medicamento nas farmácias. No artigo citado acima, os dados são apresentados para todo o território nacional a partir de 1986, ano de introdução, até 1992, quando se viu os resultados das primeiras medidas de restrição.



Imagem 28 - Vendas do Cytotec no território nacional de 1986 a 1992

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Jan.		34.311	9.885	25.757	42.307	46.115	5.228
Fev.		17.022	12.696	29.244	48.684	64.636	4.278
Mar.		9.450	11.037	28.868	9.058	57.821	7.769
Abril		10.319	18.880	43.047	47.250	81.861	9.663
Mai		9.102	19.082	42.593	50.058	62.044	19.350
Junho		8.266	25.923	79.147	43.703	55.719	23.513
Julho		8.516	20.847	71.526	40.887	58.089	28.336
Ago.	75.069**	14.896	35.892	48.276	17.926	23.959	30.381
Set.	35.950	19.748	27.461	56.278	26.096	27.690	6.469
Out.	65.445	15.798	***	57.235	56.790	31.982	97
Nov.	53.831	19.538	20.795	56.808	54.697	26.674	14.081
Dez.	30.521	22.233	6.545	42.224	56.474	35.544	847
<b>Total</b>	<b>260.816</b>	<b>189.199</b>	<b>209.033</b>	<b>581.003</b>	<b>493.930</b>	<b>572.134</b>	<b>150.207</b>

Fonte: Laboratório Bialab

\* Caixas contendo 28 comprimidos

\*\* Mês de lançamento do produto

\*\*\* Neste mês não houve produção do medicamento por falta de matéria-prima, segundo informações fornecidas pelo Bialab

Fonte: Barbosa e Arilha, 1992, p. 412.

Na maioria dos meses observados, há a redução do número de caixas vendidas no país. No total, no ano de 1986, foram comercializadas 260 mil caixas. Já em 1992, viu-se esse número diminuir para pouco mais de 150 mil. Contudo, esses dados referem-se as vendas oficiais registradas pelo laboratório. Além desses, devemos considerar as vendas realizadas por meios ilegais que não passavam por registros de nenhum órgão de fiscalização.

A análise desses dados aponta para o discurso contrário ao misoprostol como vencedor na construção da imagem de risco e perigo associada ao medicamento. O engajamento dos sujeitos sociais criou uma imagem negativa vinculada ao medicamento que se perpetuou no tempo e na mentalidade social. O discurso acusatório apontou para os perigos que a disponibilidade do Cytotec representava para a sociedade brasileira, visto que teria como consequência o aumento descontrolado do número de abortos e uma “geração de monstros”, como a mídia veiculou, referindo-se ao risco teratogênico. O debate sobre a potencialidade do misoprostol diminuir as estatísticas de mortalidade materna por abortamento provocado não teve espaço, ou teve pouca representatividade dentro do debate que foi posto por esses sujeitos e instituições. No entanto, não escapa ao nosso olhar que a perseguição ao medicamento não foi suficiente para impedir o seu uso, como também a prática do aborto. As mulheres, como já enfatizado anteriormente, utilizaram estratégias que possibilitaram o acesso ao fármaco por vias ilegais, mais difíceis e onerosas, mas não impossíveis.

## CONCLUSÃO

Uma espécie de punição inconsciente/consciente às mulheres que recorriam aos serviços da rede pública com infecções decorrentes do aborto inseguro: [...] as mocinhas que chegavam ao pronto-socorro do Hospital das Clínicas com sangramento ginecológico provocado por abortos clandestinos eram submetidas à curetagem uterina sem anestesia. Os chefes de serviço justificavam esse procedimento [...] dizendo que se dessem anestesia o pronto-socorro ficaria mais lotado ainda. Pareciam imaginar que, se deixassem de sentir dor, as moças engravidariam por prazer, só para fazer curetagem nas clínicas (Pazello e Corrêa, 2002: 167).

O trecho acima é uma fala do médico Dráuzio Varella, na Folha de São Paulo, em agosto de 2000 e citada no artigo de Magaly Pazello e Sonia Corrêa “Aborto. Mais polêmicas à vista!”. Como retratado por Varella, a punição imposta às mulheres que praticam aborto clandestinamente e recorrem aos serviços de saúde pode se dar de diversas maneiras, inclusive na negação de algo primordial em um procedimento cirúrgico, como é o caso da curetagem, que é a anestesia. De forma consciente ou inconsciente, os profissionais de saúde que deveriam acolher e diminuir o sofrimento dessas mulheres aplicam punições físicas e/ou morais que aumentam o constrangimento e a dor do momento. Não proporcionar anestesia é uma forma de fazer com que as mulheres “não se acostumem” a praticar um aborto ilegal e buscar auxílio no hospital público. Entende-se, a partir dessa ideia, que praticar o aborto seria uma decisão simples, fácil e rotineira para as mulheres que poderiam, rapidamente, “acostumar-se” a fazer e, dessa forma, trazer prejuízos aos hospitais. Essa compreensão vai de encontro ao entendimento de que, se legalizado, o número de abortos aumentaria gigantescamente. Visto que diante da possibilidade de realizar o aborto, todas as mulheres iriam praticá-lo e, portanto, manter a legislação proibitiva é uma forma de impedir o aumento da prática abortiva.

Todos os estudos realizados até hoje demonstram que essa é uma conclusão errônea a respeito do aborto. A legalização da prática do aborto, nos países que adotaram essa postura, não representou um aumento significativo dos números registrados, mas sim da melhoria das

condições em que as mulheres o realizam. Diminuindo, dessa forma, a morbidade e mortalidade associada ao abortamento inseguro<sup>79</sup>.

Desde as primeiras análises realizadas sobre o uso do misoprostol como abortivo, verificou-se, sobretudo, que o medicamento diminuía os riscos do aborto ilegal. Ressaltando, principalmente, o impacto de sua disponibilidade para as mulheres pobres que não possuem recursos para buscar clínicas de aborto ilegal ou assistência privada para esses casos. Esse foi, inclusive, um dos motivos da rápida expansão e aceitação por parte das mulheres, unido, é claro, ao custo muito mais baixo, se comparado ao aborto realizado em clínicas clandestinas.

Em relatório sobre a situação da saúde pública do Estado de Minas Gerais referente ao número de partos não autorizados e cesarianas, no ano de 1998, autoridades médicas de importantes hospitais e maternidades da região apresentaram seus posicionamentos sobre a situação. Embora o título do documento refira-se a “partos não autorizados e cesarianas”, grande parte do conteúdo é destinado a discussão sobre o aborto clandestino na sociedade. Apresenta-se, dessa forma, o problema logo no primeiro parágrafo,

Segundo opiniões de profissionais ligados à área de Saúde, o crescimento do número de abortos clandestinos vem aumentando consideravelmente no Estado. O assunto, segundo eles, muito polêmico na sociedade, acaba sendo tratado de forma preconceituosa e só é reconhecido no submundo da medicina. O Estado de Minas Gerais não possui um programa consistente de educação sexual e muito menos um plano que trate sobre planejamento familiar. Desta forma, verifica-se, que esta “epidemia silenciosa” não aparece nas estatísticas oficiais sobre a mortalidade materna assim como na [estatísticas de] mortalidade dos fetos (Situação da Saúde Pública em Minas Gerais – Partos não autorizados/cesarianas: 1998: 2).

O aborto, como visto através dos discursos que legitimaram a criação da BEMFAM, é caracterizado como uma epidemia presente na sociedade e que precisa, portanto, ser solucionada. No caso específico deste documento, aponta-se que esse fato é silenciado na sociedade, e apenas os médicos que lidam no dia a dia dos atendimentos das maternidades reconhecem sua existência. Diante desse cenário, a ginecologista consultada, Silvia Catarina P. de Oliveira, presidenta do Movimento Mulher e Saúde, informou que a lei que proíbe o

---

<sup>79</sup> Os dados apresentados pela OMS demonstram como o aborto ilegal (e inseguro) representa um grande problema de saúde pública e custo financeiro aos cofres públicos. Entre os riscos físicos oriundo da situação de clandestinidade, têm-se: hemorragia, infecção, perfuração uterina, danos ao trato genital e órgãos internos, entre outros. Situações essas que levaram ao óbito da mulher ou a condições delicadas de saúde (OMS, 25.11.2021). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. Acesso realizado em 04.12.2022.

aborto só pune as mulheres mais pobres. Logo, segundo conta, as mulheres que “podem dispor de até R\$2.000,00 pagam por um aborto em algumas das clínicas médicas bem estruturadas que funcionam na capital mineira. Quem não tem dinheiro, arrisca a vida” (Ibidem). Fica claro a partir do discurso da médica que as autoridades sanitárias são cientes dos números de abortos clandestinos praticados no Estado, porém, os riscos dessa prática recaem principalmente sobre as mulheres pobres.

O diretor da Maternidade Odete Valadares, Antônio Fernandes Lages, ao ser consultado sobre o assunto, afirmou que se fosse possível apontar alguma informação positiva no universo dos abortos clandestinos, seria a redução do número de mortes [maternas] na década de 1980. Isso porque, segundo Valadares,

**A explicação estaria na descoberta de que uma droga prescrita originalmente contra úlceras, o Cytotec, serve como poderoso abortivo. Facilmente adquirido no mercado negro, embora não esteja livre de efeitos colaterais e riscos, um comprimido chegar a custar entre R\$ 50,00 e R\$100,00. Mas a relativa “comodidade” da droga, capaz de dilatar o útero e provocar contrações em questão de horas, acabou evitando que muitas mulheres recorressem ao aborto manipulado. A frequência das complicações diminuiu muito (Idem). [Grifos nossos]**

O Cytotec aparece, na fala do diretor da maternidade, como um elemento modificador do cenário abortivo do país. Mudanças no percurso abortivo significa incluir alternativas para os caminhos, muitas vezes perigosos que as mulheres percorriam para praticar um aborto. Apresentando-se como uma opção mais segura, eficiente e acessível, o medicamento influenciou positivamente na diminuição do número de mulheres com afecções graves que chegavam às emergências dos hospitais após uma tentativa de aborto.

O médico vai ainda mais longe ao falar sobre as mulheres atendidas após induzirem aborto. Observando as pacientes internadas, destaca que a grande maioria das pacientes tem 7 anos ou menos de estudo, deixaram a escola ao completar o 1º grau e possuíam salários baixíssimos, muitas vezes, já mães que não podem aumentar ainda mais a família. Para ele, essas mulheres não cometem aborto por terem se “acostumado” a fazê-lo, mas porque as condições de vida assim impõem (Ibidem, p. 3).

O interessante dos relatos apresentados até agora, a fala do médico Dráuzio Varela e do diretor Antônio Fernandes Lages da Maternidade de Minas Gerais, é que eles apontam para vários dos aspectos abordados nesta tese.

Sempre que a possibilidade de flexibilização ou legalização do aborto é colocada em pauta, vários setores da sociedade se unem em torno do discurso de que se for legalizado, todas as mulheres irão fazer aborto. O outro ponto levantado pelos relatos é a mudança que a introdução do misoprostol no mercado farmacêutico brasileiro causou nas práticas abortivas já costumeiras na sociedade. Se antes as mulheres recorriam a opções mais perigosas como inserir agulha de tricô no útero, ingerir misturas cáusticas, cair de escadas, entre outras coisas, tudo com o objetivo de induzir um aborto, com o acesso ao Cytotec, essas mesmas mulheres se depararam com uma opção mais eficiente e menos arriscada e que, sobretudo, colaborou para a diminuição das complicações ocorridas após tentativas de aborto, conforme o diretor da maternidade ressaltou em sua fala. Diante disso, verificamos que muitos dos discursos e posicionamentos contrários a maiores garantias às mulheres, em termos de direitos reprodutivos, continuam se renovando socialmente.

Desenvolver esta tese sobre o Cytotec e sua trajetória no Brasil é uma escolha localizada, uma vez sendo mulher e feminista, que observa as tentativas cotidianas de cerceamento dos direitos das mulheres e os riscos de retrocessos das garantias que já foram conquistadas. Se tomamos como pressuposto que a história é a disciplina que estuda o ser humano localizado no tempo e no espaço, não é possível acreditar que as escolhas no campo dos estudos históricos se deem de forma acidental e apenas pela lógica da objetividade dos fatos. Ao questionar a aplicabilidade e veracidade da referida objetividade, Donna Haraway nos diz:

Este olhar significa as posições não marcadas de Homem e Branco, uma das várias tonalidades desagradáveis que a palavra objetividade tem para os ouvidos feministas nas sociedades científicas e tecnológicas, pós-industriais, militarizadas, racistas e dominadas pelos homens [...] (Haraway, 1995:18).

Compreende-se, nesse sentido, que durante décadas muitos estudos se pautaram na dita objetividade que nada mais significava do que a defesa e manutenção do ponto de vista e do poder de fala dos privilegiados: daqueles que sempre foram e ainda são socialmente lidos como detentores de direitos e participação. Pensar estudos que fujam a essa regra nos conduz para a compreensão da ciência e da construção do conhecimento na perspectiva de saberes localizados. Assim, “desmascaramos as doutrinas de objetividade porque elas ameaçavam nosso nascente sentimento de subjetividade e atuação histórica coletiva e nossas versões "corporificadas" da verdade [...]” (Idem, p. 13). As verdades aqui escritas são corporificadas e

localizadas porque são fruto da existência social e política da pesquisadora em sua sociedade e diante das questões latentes de seu tempo.

Nos primeiros meses de pesquisa, uma das primeiras fontes encontradas e já citada anteriormente trazia a seguinte questão “Cytotec: avanço ou retrocesso?”. Ao longo do desenvolvimento deste trabalho percebo que a resposta não é simples. A trajetória do medicamento no Brasil foi permeada por controvérsias e disputas no campo científico e social. No campo obstétrico, o misoprostol foi aclamado por suas potencialidades sendo, inclusive, reconhecido em vários documentos técnicos que apontaram sua essencialidade. Na contramão, outros campos científicos – como o farmacêutico e a medicina genética – foram atores persistentes na formulação de indícios que atestassem o que o uso *indevido* do misoprostol representava riscos para a saúde pública brasileira, ora através do aumento do número de abortos, ora do potencial teratogênico do medicamento. No campo legal, a disponibilidade do misoprostol no mercado acarretava a impossibilidade de aplicação e manutenção da legislação restritiva sobre aborto, pois tornava-a sem validade. Diante das “intromissões” em várias esferas causadas pela existência do medicamento, foi colocado em andamento um longo processo de normatização não só da comercialização, mas também do uso do medicamento que culminou com o estabelecimento de um rígido aparato de controle sobre sua oferta.

Embora proibido, sabemos do seu uso cotidiano e de seu trânsito na vida de mulheres de várias classes sociais. Como visto nos trabalhos que abordam os debates em torno do aborto no Brasil, este tema foi tratado ora como prática costumeira, mas que devia ser silenciosa e ora como crime, que deve ser radicalmente punido. Entre esses dois extremos, mantém-se a existência de mulheres que são sujeitas de escolhas e fazem “bricolagens” com os artefatos do cotidiano. Nem todo o controle em torno do misoprostol foi capaz de tirá-lo dos percursos abortivos, embora o imaginário seja permeado pela ideia de risco que o medicamento representa para os bebês: de nascerem “defeituosos”. Dessa forma, demonstrei que essa trajetória foi marcada pela atuação de vários sujeitos e instituições que atuaram na construção de um discurso condenatório sobre o misoprostol, exigindo sua retirada do mercado e afastamento das mãos das mulheres. Diante desse cenário, restou o mercado ilegal que coloca, mais uma vez, essas mulheres diante de novos obstáculos e preocupações, por exemplo: a falta de informação segura e eficaz; e a compra, muitas vezes, de medicamentos falsificados. Nesse sentido, longe de impedir a prática do aborto e do uso do misoprostol, tais regulamentações impactaram mais fortemente sobre as mulheres que recorrem a este método.

A principal consequência do processo de normatização do Cytotec foi torná-lo inacessível às mulheres.

A pesquisa aqui apresentada pensou o processo de normatização do misoprostol elucidando a operação de construção social elaborada a partir do discurso científico que produz verdades através de ideologias que são apagadas (cuidadosamente esquecidas) durante o processo. Assim, ao final, deparamo-nos com as verdades universais que são apresentadas à sociedade no formato de um discurso acabado e legítimo que impõe obstáculos àqueles e àquelas que buscam contestá-lo.

O processo de normatização do misoprostol no Brasil é um campo de investigação com grande potencial. Ao longo da escrita desta tese percebeu-se que a maioria dos trabalhos relativos ao misoprostol encontram-se no campo da saúde pública, medicina e enfermagem. Vê-se, portanto, vastas possibilidades para o campo das ciências humanas com ênfase na produção histórica. Consideramos, dessa forma, que há ainda muitas pesquisas a serem realizadas de forma a demonstrar os usos e trajetos percorridos pelas mulheres que buscam realizar um aborto com misoprostol.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 1) Fontes

#### a) Jornais

##### A Gazeta da Farmácia

- As prostaglandinas, janeiro de 1975, Ano XLIII, nº 513, p. 11.

##### A Tribuna

- Abortos químicos, 13.10.1978, p. 20.

##### Correio da Manhã

- Em breve: um novo jeito de evitar, 14.03.1970, p. 1.

- Prostaglandina: ela vai revolucionar os anos 1970, 12-02-1971, p. 15.

##### Careta

- Benefícios e Malefícios da guerra, 30.12.1944, pág. 32.

##### Jornal O Globo

- EUA têm droga contra úlcera que induz aborto, 31.10.1988.

- As pílulas abortivas, 03.11.1988.

- EUA põem à venda droga que impede a úlcera, 29.11.1988.

- Medicamentos, 24.12.1988.

- Biolab apoia medidas legítimas no controle de vendas do Cytotec, 30.07.1991.

- Paumgarten reclama das fracas normas de vigilância sanitária, 23.06.1991.

- Droga contra úlcera provoca aborto, 11.12.1988.

- Remédio contra úlcera usado para aborto, 14.05.1991.

- Uma questão de vida ou morte, 14.07.1991.

- Tratamento com pílula do aborto faz primeira vítima, 11.04.1991.

- Abortivo comum no Brasil deforma fetos, 10.04.1991.

- Remédio que facilita aborto será mantido no mercado, 05.07.1991.

- Efeitos colaterais do misoprostol, 11.02.1991.

- Abortivo continua à venda nas farmácias: nem proibição tira o Cytotec das prateleiras, 16.07.1991.

- Remédio contra úlcera deforma fetos, 04.02.1995.

- Droga oral aumenta ação da pílula abortiva, 29.05.1993.

- Combinação abortiva causa reações nos EUA, 02.09.1995.

- Aborto com drogas, 31.06.1996.



### Jornal do Brasil

- Pílula Abortiva, 08.11.1988.
- Sinal de Alerta, 18.11.1988.
- Conselho de Medicina critica automedicação do remédio Cytotec, 19.11.1988.
- Saúde desconhece risco a feto com o uso de Cytotec, 24.11.1988.
- EUA liberam droga que pode causar aborto, 29.12.1988.
- Remédio para úlcera é indicado como abortivo, 17.01.1991.
- Proibição de Cytotec não reduz abortos, 11.07.1992.
- Cytotec deve ser proibido em todo o país, 26.07.1992.
- Cytotec, mesmo sendo proibido, causa aborto, 16.08.1992.

### Jornal O Estado de São Paulo

- E o congresso atrai 10 mil especialistas. 10.09.1986.
- Álcool e úlcera. Agora, dúvida, 12.09.1986.
- Sem festa, termina o maior congresso médico do Brasil, 14.09.1986.
- EUA aprovam droga antiúlcera, 29.12.1988.
- Cresce consumo de remédio abortivo, 19.07.1990.
- Ministério exige receita para droga abortiva, 05.07.1991.
- Cytotec terá vendas vigiada nas farmácias, 18.07.1991.
- Biolab apoia medidas legítimas no controle de vendas do Cytotec, 30.07.1991.
- Ministério restringe pontos de vendas do Cytotec, 05.09.1992.
- Secretaria restringe vendas do Cytotec, 10.09.1992.
- Cytotec pode ser retirado do mercado, 11.12.1992.
- Pesquisa revela dimensão do aborto ilegal, 07.09.1992.
- 73% das mulheres da área rural usam métodos de risco para abortar, 01.06.1994.
- Estudo confirma que Cytotec causa doença no bebê, 26.06.1998.
- Proibida a produção e venda do Cytotec, 15.07.1998.
- Searle fornecerá documentos sobre o Cytotec, 16.07.1998.
- Novo secretario efetivará agência de vigilância, 25.07.1998.

### Jornal O Fluminense

- Hormônio faz parto mais rápido, 9 e 10 de janeiro de 1977, p. 8.

### Jornal O Povo

- Comércio de remédios para aborto é tema de seminário, 10.01.1991.
- 87% dos abortivos vêm das farmácias, 11.01.1991.

- Abortivos são indicados por diversas farmácias, 14.01.1991.
- Abortivo deve ser proibido, 28.06.1991.
- Remédio causa ainda anomalias no feto, 28.06.1991.
- Controlada venda de abortivo, 29.06.1991.
- Procuradoria da República propõe ação civil contra venda do Cytotec, 05.07.1991.
- Mulheres pleiteiam proibição de abortivos no país, 11.01.1991.
- Cytotec pode ter vendas suspensas, 11.07.1991.
- Proibição do Cytotec reduz aborto em 15%, 08.07.1992.
- Medicamento abortivo continua nas farmácias, 15.05.1993.
- Aumenta o uso do abortivo Cytotec, 17.07.1994.
- Cytotec: a solução contra ele não é simples, 02.08.1998.

#### Jornal Diário do Nordeste

- Universidades vão trabalhar na pesquisa sobre venda de remédio, 1991.
- Cai número de abortos após 1º ano da proibição, 08.07.1992.

#### Jornal Tribuna do Ceará

- Farmácias praticam venda indiscriminada de abortivos. 11.01.1991.
- Cytotec pode ser a causa de malformações congênitas, 19.04.1991.
- Órgãos querem a proibição do remédio Cytotec em todo país, 12.07.1991.

#### Jornal O Pioneiro

Camelôs vendem remédio abortivo, 29.11.2002, p. 1, 3.

### **b) Revistas**

#### Revista Manchete

- Prostaglandinas: o mistério do remédio total, 12.08.1972. Edição 1060, p. 43-46.
- RU-486: a pílula perfeita, 22.05.1982. Edição 1570, p. 56.
- RU-486: a pílula do aborto, 19.10.1985. Edição 1748, p. 28.
- Cytotec: a pílula brasileira do aborto, 12.10.1996. Edição 2323, p. 24-26.

#### Revista Veja

- Um golpe na úlcera: chega ao país um remédio capaz de combater com sucesso o mal afeta milhões de brasileiros, 27.08.1986
- A química do aborto: Vendido à sombra da lei, o Cytotec ganha adeptas e muda o perfil do aborto no Brasil, 13.07.1994.

- Um corpo em disputa: a saúde da mulher passa por um reexame. O Estado, a medicina e a Igreja não se entendem, 03.08.1994.
- Eu fiz aborto. Nós fizemos aborto. Mulheres de três gerações enfrentam a lei, o medo e o preconceito e revelam suas experiências, 17.09.1997. Edição 1513, p. 32-39.

### **c) Leis, Decretos, Portarias e Resoluções**

- Lei nº 6.360/1976: Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.
- Portaria SNFMMF nº 49/1959: Regula a apresentação e o exame de rótulos e bulas de produtos farmacêuticos, produtos oficinais, dietéticos, cosméticos, de higiene e toucador.
- Portaria SESA/CE nº 245/1991: Dá orientações sobre a venda do medicamento Cytotec nas farmácias do Ceará.
- Portaria CVS/SP nº 43/1991: Dá orientações sobre a venda do medicamento Cytotec nas farmácias de São Paulo.
- Portaria SVS nº 110/1997: Institui roteiro para texto de bula de medicamentos, cujos itens devem ser rigorosamente obedecidos, quanto à ordem e conteúdo.
- Portaria SVS nº 344/1998: Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Portaria CVS/SP nº 3/1999: Estabelece procedimentos para a comercialização e controle da substância misoprostol e medicamentos que a contenha.
- Resolução nº 911/2006: Determina a suspensão em todo território nacional das publicidades dos medicamentos à base de misoprostol divulgados em meio eletrônico.

### **d) Documentos jurídicos**

#### Justiça Federal do Ceará

- Ação Civil Pública, 05.07.1991. Processo nº 91.0006654-0. Fortaleza, Ceará.

#### Diário Oficial do Estado de São Paulo

- 05.06.1991, caderno 1, p. 335.
- 12.09.1991, caderno 1, p. 178.
- 29.10.1991, caderno 1, p. 219.
- 18.09.1992, caderno 1, p. 293.
- 13.07.1993, caderno 1, p. 151.

- 23.07.1993, caderno 1, p. 136.
- 23.11.1994, caderno 1, p. 237.
- 24.03.1995, caderno 1, pp. 308-309.
- 17.05.1995, caderno 1, p. 116.
- 29.03.1995, caderno 1, p. 249.
- 01.02.1996, caderno 3, p. 379.

#### **e) Atas e relatórios**

##### Organização Mundial da Saúde

- OMS. Ata oficial da Organização mundial de saúde, nº 105. Atividades da OMS do ano de 1960. Informe anual do diretor geral: Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1960. 243 p.
- OMS. Ata oficial da Organização mundial de saúde, nº 123. Atividades da OMS do ano de 1962. Informe anual do diretor geral: Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1962. 211 p.
- OMS. Ata oficial da Organização mundial de saúde, nº 139. Atividades da OMS do ano de 1964. Informe anual do diretor geral: Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1964. 278 p.
- OMS. Ata oficial da Organização mundial de saúde, nº 147. Atividades da OMS do ano de 1965. Informe anual do diretor geral: Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1965. 285 p.
- OMS. Ata oficial da Organização mundial de saúde, nº 156. Atividades da OMS do ano de 1966. Informe anual do diretor geral: Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1966. 305 p.
- OMS. Ata oficial da Organização mundial de saúde, nº 172. Atividades da OMS do ano de 1968. Informe anual do diretor geral: Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1968. 295 p.
- OMS. Evaluación clínica y farmacológica de los medicamentos. In: ASSEMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 17., 1964, Ginebra. 11ª sesión plenaria, 17 de marzo de 1964: anais... Ginebra: OMS, 1964.
- OMS. Informe da Conferência de Especialistas em Nairóbi sobre o Uso Racional de Medicamentos, 25 a 29 de novembro de 1985. Organização Mundial de Saúde. Genebra, 1986. 312 p.

#### **f) Documentos diversos**

- Fotos, folhetos, contratos de pesquisa, relatórios do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM-UFC)
- Banco de Dados dos atendimentos realizados entre os anos de 1990 e 1999 pelo Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT-HCPA).

**g) Artigos científicos:**

BAIRD, David T; NORMAN, Jane E; THONG, K.J; GLASIER, Anna F. Misoprostol, mifepristone, and abortion. *The Lancet*, Londre, vol 339, Feb 1, 1992.

CASTILLA, E. Teratogenicity of misoprostol: Data from the Latin-American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC). *American Journal of Medical Genetics*, Washington, 51: 161-161, 1994.

COELHO, H. Uso do Misoprostol para interrupção voluntária da gravidez em Fortaleza: estudo retrospectivo. *Ciência e Cultura*. São Paulo. Ed. 00007. p. 788, 1991.

COELHO, Helena L; SANTOS, Ana Paula; MORAIS, Silvana M; TOGNONI, Gianni; TEIXEIRA, Ana Claudia; FORTE, Eliane Barros; VECCHIA, Carlo La; HERXHEIMER, Andrew. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *The Lancet*, Londres, vol 341, May 15, 1993.

COELHO, Helena L; TEIXEIRA, Ana Claudia; CRUZ, Maria de Fátima; GONZAGA, Sandra Luzia; ARRAIS, Paulo Sérgio; LUCHINI, Laura; VECCHIA, Carlo La; TOGNONI, Gianni. Misoprostol: the experience of women in Fortaleza, Brazil. *Contraception*, vol 49, February, 1994.

COELHO, H.; MISAGO, C.; FONSECA, W.; SOUSA, D.S.C.; ARAÚJO, J. Selling abortifacients over the counter in pharmacies in Fortaleza, Brazil. *The Lancet*, Londres, vol. 338, july 27, p.247, 1991.

COELHO, Helena L. Misoprostol: a solução não é tão simples. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol 32, junho 4, 1998.

\_\_\_\_\_. O que está em jogo no caso Cytotec. *Revista Ciência Hoje*. São Paulo, vol 13, num 76, setembro de 1991.

COSTA, Sarah; VESSEY, Martin. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet*, Londres, vol 341, May 15, 1993.

DOWNIE, Wilson W. Misuse of misoprostol. *The Lancet*, Londres, vol 338, july 27, 1991.

EDITORIALS. Misoprostol and legal medical abortion. *The Lancet*, Londres, vol 338, Nov 16, 1991.

FONSECA, Walter; ALENCAR, Ana Julia Couto; MOTA, Francisco Sulivan; COELHO, Helena L. Misoprostol and congenital malformations. *The Lancet*, Londres, vol 338, July 6, 1991.

FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 (1): 13-18, 1996.

GONZALEZ, C.H. et al. Limb deficiency with or without Mobius Sequence in Seven Brazilian Children Associated with Misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics*, Washington, vol 47: 59 – 64, 1993.

HERTING, R.L.; CLAY, G.A. Overview of Clinical Safety with Misoprostol. *Digestive Disease and Sciences*. vol. 30. num 11. November, 1985.

HERTING, R.L.; NISSEN, C.H. Overview of Misoprostol Clinical Experience. *Digestive Disease and Sciences*. vol. 31. num 2. February, 1986.

MARIANI NETO, C.; LEÃO, Edson J.; PAES BARRETO, M.; KENJ, G.; AQUINO, M.M.A.; TUFFI, V.H. B. Uso do misoprostol para indução do parto com feto morto. *Revista Paulista de Medicina*. São Paulo, vol. 105 (6): 325-328, nov – dez, 1987.

MARIANI NETO, C.; DELBIN, A.; VAL JUNIOR, R. Padrão tocográfico desencadeado pelo misoprostol. *Revista Paulista de Medicina*. São Paulo, vol. 106 (4): 205-208, 1988.

PASTUSZAK, Anne L. et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius Syndrome in infants. *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts, vol 338 (26): 1881-1885, 1998.

SHEPARD, Thomas. Mobius Syndrome after misoprostol: a possible teratogenic mechanism. *The Lancet*, Londres, vol 346, sep 16, 1995.

SCHONHOFER, Peter S. Brazil: Misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *The Lancet*, Londres, vol 337, June 22, 1991.

SHULER, Lavínia; ASHTON, Patrícia w; SANSEVERINO, Maria T. Teratogenicity of misoprostol. *The Lancet*, Londres, vol 339, feb 15, 1992.

SCHULER, Lavínia. et al. Pregnancy Outcome after exposure to misoprostol in Brazil: a prospective, controlled study. *Reproductive Toxicology*, vol 13 (2): 147-151, 1999.

#### **Acervos consultados:**

- Acervo do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM/UFC)
- Acervo do Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos (SIAT/HCPA)
- Acervo Digital da Revista Veja
- Acervo Digital do Jornal O Estado de São Paulo
- Acervo Digital do Jornal Folha de São Paulo

- Biblioteca de Manguinhos (ICICT/Fiocruz)
- Biblioteca de História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz)
- Biblioteca do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ)
- Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/HCPA- UFRGS)
- Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC)
- Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional
- Institutional Repository for Information Sharing (IRIS/OMS)
- Biblioteca do Estado do Ceará (BECE)

## 2) Bibliografia

APPADURAI, Arjun. A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural. Niterói: EdUFF, 2008.

AREND, Silvia Maria Fávero; ASSIS, Gláucia de Oliveira; MOTTA, Flávia de Mattos. (Org.). Aborto e contracepção: histórias que ninguém conta. Florianópolis: Insular, 2012.

ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T.C. (orgs.). Aborto medicamentoso no Brasil. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

ARILHA, Margareth. Comissão intersectorial de saúde da mulher defende o aborto legal. *Fêmea*, Brasília, v. 6, n. 57, p. 4, out. 1997.

ARILHA, M; BARBOSA, R.M. Cytotec in Brazil: At least it doesn't kill. *Reproductive Health Matters*, num 2, November de 1993.

ARMSTRONG, Elizabeth M. Diagnosing moral disorder: the discovery and evolution of fetal alcohol syndrome. *Social Science & Medicine*, v. 47, n. 12, 1998. pp. 2025-2042. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953698003086>. Acesso realizado em 08.09.2021.

ARONOWITZ, Robert. Risk Medicine: Our Quest to Cure Fear and Uncertainty. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2015.

ASSIS, Mariana Prandini; ERDMAN, Joanna N. In the name of public health: misoprostol and the new criminalization of abortion in Brazil. *Journal of Law and the Biosciences*, Oxford, 2021, pp. 1-20.

BADINTER, Elizabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, R.M.; ROCHA, M.I.B. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: NEPO/Unicamp, 2009.

BARROS, José Augusto C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 17: 877-886, 1983.

\_\_\_\_\_. Propaganda de medicamentos: atentado à saúde? Editora Hucitec: São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. A medicalização da mulher no Brasil. In: WOLFFERS, Ivan. O marketing da fertilidade: menstruação, aborto e indústria farmacêutica. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

BARROS, Ana Paula Ferrari Lemos. A importância do conceito de esfera pública de Habermas para a análise da imprensa – uma revisão do tema. *Universitas: Arquit. e Comun. Social*, Brasília, v. 5n. 1/2, p. 23-34, jan./dez. 2008. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/arqcom/article/download/671/706>. Acesso realizado em 02.05.2022.

BARROSO, Carmem. O aborto: a experiência vivida. São Paulo, 14p. (mimeo), 1988.

\_\_\_\_\_. Direitos reprodutivos: a realidade social e o debate político. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, Fundação Carlos Chagas, agosto de 1987.

BARSTED, Leila de Andrade Linhares. Legalização e Descriminalização do Aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 0, 1992.

\_\_\_\_\_. O movimento de mulheres e o debate sobre o aborto. In: ROCHA, Maria I.B. da; BARBOSA, Regina Maria. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – NEPO/Unicamp, 2009. pp. 228-256.

BRASIL. Relatório Final: CPI da Mortalidade Materna. Brasília, 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso realizado em: 07.07.2021. 288p.

BECKER, Howard S. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1963.

BELLUCI, Mabel. *Historia de una desobediencia: aborto y feminismo*. Buenos Aires: Capital Intelectual, 2014.

BITTENCOURT, Silvia Cardoso; CAPONI, Sandra; MALUF, Sônia. Farmacologia no século XX: a ciência dos medicamentos a partir da análise do livro de Goodman e Gilman. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 20 (2): 499-519, abr.-jun. 2013.

BIRIELL, C., OLSSON, Sten. O Programa de Farmacovigilância da OMS. In: LAPORTE, Joan-Ramon, TOGNONI, Gianni, ROZENFELD, Suely (orgs.). *Epidemiologia do Medicamento: princípios gerais*. Editora Hucitec: São Paulo, 1989.



BLUMER, Herbert. Social problems as collective behavior. *Social Problems*. Oxford, v.18, n.3, Winter – 1971, pp. 298-306.

BOBBIO, Noberto. Dicionário de Política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BORTONE, Elaine de Almeida. *O Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (IPES) e a Ditadura Empresarial-Militar: os casos das empresas estatais federais e da indústria farmacêutica, 1964-1967*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em História Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Protocolo Misoprostol. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. 7 ed. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

CAPELATO, Maria Helena. “História do tempo presente: a grande imprensa como fonte e objeto de estudo”. In: DELGADO, Lucilia de Almeida Neves; FERREIRA, Marieta de Moraes. *História do tempo presente*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014. pp. 299-315.

CASTRO, Lia Lusitana Cardozo. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2): 405-410, 1999.

\_\_\_\_\_. Fundamentos de Farmacoepidemiologia. (Org.). 1ª ed. São Paulo: Editora Vida & Consciência, 2006.

\_\_\_\_\_. A utilização da epidemiologia na regulação sanitária dos medicamentos. In: COSTA, E.A. (org.). *Vigilância Sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA, 2009.

CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osório. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CETINA, Karin Knorr. La fabricación del conocimiento: un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia. 1ª ed. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2005.

CERTEAU, Michel de. A invenção do cotidiano: 1. Artes de Fazer. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.

CHAMPE, P.C. Bioquímica: ilustrada. Pamela C. Champe e Richard A. Harvey; trad. Ane Rose Bolner. – 2. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul (ARTMED), 1996, p. 191-192. APUD: FRIZZO, Adriana. As prostaglandinas na reprodução. Seminário apresentado na

disciplina Endocrinologia da Reprodução no Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias da UFRGS. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/lacvet/site/wp-content/uploads/2018/01/PG\\_reprod\\_1.pdf](https://www.ufrgs.br/lacvet/site/wp-content/uploads/2018/01/PG_reprod_1.pdf). Acesso realizado em 19.09.2022.

CLARKE, Adele E. *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and “the problems of sex”*. Los Angeles: Oxford, 1998.

COELHO, Edméia de A.C; LUCENA, Maria de Fátima G; SILVA, Ana Tereza de M. O planejamento familiar no Brasil no context das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.34, n.1, mar. 2000, p. 26-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/GrTf3vFznTHzrbmnDHQHtDP/abstract/?lang=pt>. Acesso realizado em 28.11.2022.

COLLINS, Paul. W. Misoprostol: discovery, development, and clinical applications. *Medicinal Research Reviews*. Abr.-jun.1990, v.10, n.2, pp. 149-172.

CORREA, Marilena C.D.V.; MASTRELLA, Miryam. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. *Ciências e Saúde Coletiva*, vol. 17, num 7. Rio de Janeiro, 2012.

COSTA, Ney Francisco Pinto. BEMFAM: 40 anos de história e movimento no contexto de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2005. 146p.

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol 6, 1996.

DALLY, Ann. Thalidomide: was the tragedy preventable? *The Lancet*, 351: 1197-1199, April, 1998.

DIAS, Tânia Maria et al. A pílula da oportunidade: discurso sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia, 1960-1981. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, jul.-set.2018, p.725-742.

\_\_\_\_\_. “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?”: debate na mídia entre 1960-1970. *Revista Estudos Feministas*, v. 26, n.3, 2018, pp. 1-19.

DIAS, Tânia Maria. *A vida social das pílulas anticoncepcionais no Brasil (1960-1970): uma história do cotidiano*. 300f. Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019.

DINIZ, Débora. Três gerações de mulheres. In: PINSKY, C.B., PEDRO, J.M. *Nova história das mulheres no Brasil*. Editora Contexto: São Paulo, 2012.

DINIZ, Débora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.27, v.1, 2012, pp. 1795-1804. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3KLW5DZG9VsBWGHRj78fxTh/abstract/?lang=pt>.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.17, vol.7, 2012, pp. 1671-1681. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MtWSdSdxVkdXdnVgRBXhgcr/abstract/?lang=pt>.

DINIZ, Débora; CASTRO, Rosana. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.1, jan. 2011, pp. 94-102.

DELGADO, Lucília de Almeida Neves; FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

DORNELAS, Isabela de Oliveira. “*O feto que atenta contra sua vida*”: o aborto como terapia nas teses médicas (1830-1890). 113 f. Dissertação (Mestrado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2018.

EDLER, Flávio. Boticas & Pharmacias. Uma história ilustrada da Farmácia no Brasil. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi, 2004.

FERRARI, Wendell; PERES, Simone. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (online)*, vol. 36, supl.1, 2020. pp.1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8kTxcWsPgjsMk3JJWysqmWS/?lang=pt#:~:text=Os%20Itiner%C3%A1rios%20foram%20divididos%20em,rem%C3%A9dio%20conhecido%20popularmente%20como%20Cytotec>.

FICO, Carlos. História do Brasil Republicano. São Paulo: Contexto, 2019.

FRANCELINO, Eudiana Vale. Centro de Farmacovigilância do Ceará: Análise do perfil de Reação Adversa a Medicamento e Queixa Técnica. Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

FLECK, Ludwik. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Frabrefactum, 2010.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FRENTE MULHERES FEMINISTAS. O que é aborto? São Paulo: Corteza, 1980.

FUJITA, Patrícia Lopes; MACHADO, Carlos José Saldanha; TEIXEIRA, Márcia de Oliveira. A bula de medicamentos e a regulação de suas configurações em termos de forma e conteúdo no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23, n.1, 2014, pp.277-292.

GLAUBERMAN, Scott P. The Real Thalidomide Baby: The evolution of the FDA in the shadow of Thalidomide, 1960-1997. *Food and Drug Journal*, Washington, 52: 1-17, winter, 1997.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GINZBURG, Carlo. *Mitos, Emblemas, Sinais: Morfologia e História*. Companhia das Letras: São Paulo, 1989.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*. v.5, 1995, pp.07-41.

Hartzema AG, Martini N. *O Papel do Farmacêutico na Farmacoepidemiologia*. Lisboa Associação Nacional das Farmácias; 1996.

HOBBSAWN, Eric. *Era dos extremos: o breve século XX, 1914 – 1991*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KOPYTOFF, Igor. A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo. In: APPADURAI, Arjun. *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói: EdUFF, 2008. pp. 89-121.

KOBAYASHI, E. *Higiene e consumo: novas sensibilidades para um Brasil moderno (décadas de 1940 a 1960)*. Tese. Doutorado em História das Ciências. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. 2012. 219 f.

LATOUR, Bruno. *Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Editora Unesp: São Paulo, 2000.

LAPORTE, Juan Ramon; TOGNONI, Gianni; ROZENFELD, Suely. (Orgs.). *Epidemiologia dos Medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEANDRO, José Augusto; SANTOS, Francieli Lunelli. *História da Talidomida no Brasil a partir da mídia impressa, 1959-1962*. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 24 (3): 991-1005, 2015.

LEFÈVRE, Fernando. *O Medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Editora Cortez, 1991.

LOWY, Ilana. Ludwick Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jul.-out., 1994, pp. 7-18.

\_\_\_\_\_. *Zika no Brasil: história recente de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

\_\_\_\_\_. *Zika and Microcephaly: can we learn from history?* *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, 2016, pp. 11-21.

LOWY, Ilana; CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela. The “abortion pill” Misoprostol in Brazil: Women’s Empowerment in a Conservative and Repressive Political Environment. *American Journal of Public Health History*. Washington, may, 2020, v.110, n.5, pp.677-684.

LUCA, Tania Regina de. *História dos, nos e por meio dos periódicos*. In: Pinsky, Carla Bassanezi (org.). *Fontes Históricas*. 2 ed. Contexto: São Paulo, 2010.

MAJEROWICZ, Fábio Grotz. *Aborto em pauta: corpo e emoções na imprensa brasileira do século XIX ao século XXI*. 288f. Tese (Doutorado em Comunicação). Faculdade de Comunicação Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MANICA, Daniela Tonelli. A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.4, n.1, jan.-jun.2012, pp.176-188.

MARTIN-BARBERO, Jesús. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

MELO, Daniela Oliveira; RIBEIRO, Eliane; STORPIRTIS. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 42 (4): 475-485, out-dez, 2006.

MENEZES, Valderiza Almeida. *“Fiquei Homem”: maternidade, conhecimento e contracepção entre mulheres pobres de Fortaleza (1960 – 1980)*. 242f. Dissertação. (Mestrado em História Social). Departamento de História, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2012.

MERCUCCI, Vera L., BONFIM, José Ruben A. Casos de desinformação farmacêutica: drogas EP de alta dosagem, acetato de medroxiprogesterona e misoprostol. In: WOLFFERS, Ivan. *O marketing da fertilidade: menstruação, aborto e indústria farmacêutica*. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

MORO, Adriana; INVERNIZZI, Noela. A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 24 (3): 603- 622, jul.-set. 2017.

MOTTA, Flávia de Mattos. *Sonoro Silêncio: história e etnografia do aborto*. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2015.

MOURA, Alessandro. As teorias do nascituro e o contexto jurídico nacional. *Caderno Virtual, IDP*. Brasília, nº 22, v.1, jul-ago. 2011.

NECKEL, Roselane. Em silêncio...as mulheres que decidam. In: PEDRO, Joana Maria. (Org.). *Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX*. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. pp. 289-294.

NOBRE, Geraldo da Silva. *Introdução à história do jornalismo cearense*. Fortaleza: NUDOC/Secretaria de Cultura do Estado do Ceará – Arquivo Público do Ceará, 2006.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; Bermudez, Jorge Antônio Zepeda; SOUZA, Arthur Custódio Moreira. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (1): 99-112, jan-mar, 1999.

OLIVEIRA, Núcia Alexandra Silva de; KLANOVICZ, Luciana Rosar Fornazari; CARVALHO, Maristela Moreira de. Uma história de notícias: o debate sobre aborto em jornais e revistas (1994-1996). In: PEDRO, Joana Maria. (Org.). Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. pp. 253-274.

ORTIZ, Renato. Pierre Bourdieu: sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. OMS, 2013.

PAZELLO, Magaly; CORRÊA, Sonia. “Aborto. Mais polêmicas à vista!”. In: Comissão de Cidadania e Reprodução (Org.). *Olhar sobre a mídia*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2002. pp. 147-183.

PRADO, Danda. O que é aborto. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

PEDRO, Joana Maria. A criminalização de práticas abortivas. In: SILVA, Alcione Leite da., LAGO, M.C.S., RAMOS, T.R.O. Falas de Gênero. Editora Mulheres: Florianópolis, 1999.

\_\_\_\_\_. (Org.). Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

PERROT, Michelle. Minha história das mulheres. São Paulo: Editora Contexto, 2019.

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima; JANNOTTI, Claudia Bonan; GAUDENZI, Paula; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. A breve vida do Norplant no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.22, n.1, Rio de Janeiro, 2017, pp. 43-52.

PINSKY, Carla Bassanezi; PEDRO, Joana Maria. “Mulheres”. In: PINSKY, Jaime (Org.). *O Brasil em contexto, 1987 – 2017*. São Paulo: Contexto, 2017. pp. 111-122.

PINHO, Andrea Azevedo. Os debates sobre aborto na mídia brasileira: dos enquadramentos midiáticos a construção de uma democracia plural. *E-cadernos CES*. v. 4, 2009. pp. 135-156.

PIRES, Karine Aparecida. *Tutela Constitucional e Civil do Nascituro*. 54 f. Monografia (Graduação em Direito). Graduação em Direito, Unievangélica – Campus Ceres, Goiás, 2019.

PRIORE, Mary Del. História do amor no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Aborto Inseguro: Direito de decidir sobre o aborto na questão de cidadania e democracia. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2001.

ROCHA, M.I.B. A discussão política sobre o aborto no Brasil: uma síntese. *Revista Brasileira Estudos Populacionais*. v.23, n.2, jul/dez, 2006.

\_\_\_\_\_. A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso Nacional. *Estudos Feministas*, Florianópolis, ano 4, 1996.

ROCHA, Maria I.B. da; BARBOSA, Regina Maria. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – NEPO/Unicamp, 2009.

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

ROZENFELD, Suely. Farmacovigilância: elementos para a discussão e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (2): 237-263, abr-jun, 1998.

\_\_\_\_\_. O uso de medicamentos no Brasil. In: LAPORTE, Juan Ramon; TOGNONI, Gianni; ROZENFELD, Suely. (Orgs.). *Epidemiologia dos Medicamentos*. São Paulo: Hucitec, 1989. pp. 21-41.

SCAVONE, Lucila. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. *Cadernos Pagu*, vol.10, 1998.

\_\_\_\_\_. Políticas Feministas do Aborto. *Estudos Feministas*, Florianópolis, vol 16, num 2, maio/agosto de 2008.

SCHULER-FACCINI, Lavínia, et. al. From abortion-inducing medications to Zika Virus Syndrome: 27 years experience of the First Teratogen Information Service in Latin America. *Genetics and Molecular Biology*, v.42, n. 1 (suppl), 2019, pp. 297-304.

SHANNON, Caitlin; WINIKOFF, Beverly. *Misoprostol: An emerging technology for women's health*. Population Council: New York, 2004.

SILVA, Maria Hermenegilda. *A organização das mulheres no Ceará: a trajetória do Conselho Cearense de Direitos da Mulher – CCDM na viabilização de políticas para mulheres*. 154 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas). Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Ceará. 2015.

SOIHET, R. “É proibido não ser mãe”: opressão e moralidade da mulher pobre. In: Ronaldo Vainfas. (Org.). *História e Sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986, pp. 191-212.

SZWARC, Lucila. *Les services d'accueil et de conseils en avortement sûr à Buenos Aires et en banlieue: de la réduction des risques à l'avortement populaire*. Dissertação de mestrado em ciências sociais. L'Ecole des hautes études en sciences sociales. Paris, 2013. 210 p.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Aborto clandestino: uma realidade latino-americana*. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.

\_\_\_\_\_. *Sharing responsibility: women society & abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1999.

TIMMERMANS, Stefan e LEITER, Valerie. The Redemption of Thalidomide: Standardizing the Risk of Birth Defects. *Social Studies of Science*, London, 30 (1): 41-71, February, 2000.

VALERIO, Palmira Moriconi; PINHEIRO, Lena Vania Ribeiro. Da comunicação científica à divulgação. *TransInformação*, Campinas, v.20, n.2, maio – ago, 2008. pp. 159-169.

VÁZQUEZ, Sandra Fernández; SZWARC, Lucila. Medical abortion: Activist transfers and knowledge transnationalization in Argentine and Latin America. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, v.12, n.12 out-2018-mar-2019, 2018, pp. 163-177.

VÁZQUEZ, Georgiane Garabely Heil. Mais cruéis que as próprias feras: aborto e infanticídio nos Campos Gerais entre o século XIX e o século XX. Dissertação. Mestrado em História. Universidade Federal do Paraná, Curitiba: 2005. 160f.

VIDOTTI, Carlos Cezar Flores. Centros de Informação sobre Medicamentos no Brasil: passado, presente e perspectivas do Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos. Dissertação. Mestrado em Farmacologia. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1999. 254p.

ZORDO, Silvia de. A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. vol. 23, num. 1, jan-mar, 2016.

WHO. Drug utilization studies: methods and uses. Europe series, nº 45. Who Regional Publications: Copenhagen, 1993.

WOLFFERS, Ivan. O marketing da fertilidade: menstruação, aborto e indústria farmacêutica. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

WOTRICH, Laura, SILVA, Renata C. da; RONSINI, Veneza M. A perspectiva das mediações de Jesús Martín Barbero no estudo de recepção da telenovela. In: XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2009, Curitiba, PR. Anais eletrônicos XXXII Intercom. Curitiba: Universidade Positivo, 2009.



## ANEXO 1

<b>Título</b>	<b>Revista</b>	<b>Ano</b>	<b>Autores</b>
Misoprostol and congenital malformations	The Lancet	1991	FONSECA, Walter; ALENCAR, Ana Júlia Couto; MOTA, Francisco Sullivan B.; COELHO, Helena L.L.
Misoprostol plus mifepristone	The Lancet	1991	FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; KANJI, Najmi.
Selling abortifacients over the counter in pharmacies in Fortaleza, Brazil	The Lancet	1991	COELHO, Helena L.L.; MISAGO, Chizuru; FONSECA, Walter; SOUSA, Domingos; ARAÚJO, Júlio.
O que está em jogo no caso Cytotec?	Ciência Hoje	1991	COELHO, Helena L.L.
Uso do Misoprostol para interrupção voluntária da gravidez em Fortaleza	Ciência e Cultura	1991	COELHO, Helena L.L.; VALE, Regina M.; GONZAGA, Sandra L.; LOPES, Maria Helena.; ARAÚJO, Vânia M.
Riscos da utilização indiscriminada do misoprostol no abortamento legal	Femina	1992	COELHO, Helena L.L.; ALENCAR JR, Carlos A.; OLIVEIRA, Francisco das Chagas.
Misoprostol and ilegal abortion in Fortaleza, Brazil	The Lancet	1993	COELHO, Helena L.L.; TEIXEIRA, Ana Claudia; SANTOS, Ana Paula; FORTE, Eliane B.; MORAIS, Silvana; VECCHIA, Carlos La; TOGNONI, Gianni; HERXHEIMER, Andrew.
Misoprostol: The experience of women in Fortaleza, Brazil	Contraception	1994	COELHO, Helena L.L.; TEIXEIRA, Ana Claudia; CRUZ, Maria de Fátima; GONZAGA, Sandra Luzia; ARRAIS, Paulo; LUCHINI, Laura; VECCHIA, Carlo; TOGNONI, Gianni.
Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil	Revista de Saúde Pública	1996	FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; CORREIA, Luciano; PARENTE, João; OLIVEIRA, Francisco Chagas.
Misoprostol: a solução não é tão simples	Revista Saúde Pública	1998	COELHO, Helena L.L.

Artigos científicos do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM-UFC). Fonte: elaboração própria.

## ANEXO 2

Estimativas referentes ao número de abortamentos provocados/ano no Brasil atigem a casa dos milhões, de acordo com a OMS. Aspectos legais, culturais e éticos relacionados ao problema encobrem uma dura realidade em que as pessoas de baixa renda são mais uma vez vitimizadas pela desinformação e desamparo que os conduzem aos meios mais cruentos e perigosos.

A disponibilidade nas farmácias comerciais de medicamentos com comprovada eficácia abortiva por si só representaria uma redução dos riscos a que se expõem as mulheres que praticam o abortamento?

Quais as consequências do uso indiscriminado de um medicamento com essa finalidade por uma população ávida por encontrar soluções mágicas para os seus angustiantes problemas? Qual a responsabilidade de todos nós?

**Promoção**  
Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos - GPUIM  
(Convênio UFC-EQUATORIAL)  
Sociedade Brasileira de Vigilância em Medicamentos - SOBRAVIME

**Apoio**  
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFC

QUINTA-FEIRA À NOITE  
QUANDO EU VOLTAVA DO ABORTO  
A LUA ESTAVA CHEIA.

poesia: Helena Luitcia

Folheto do Seminário Abortamento provocado em Fortaleza: riscos e possibilidades.  
Fonte: Acervo Institucional GPUIM-UFC.

## CONTINUAÇÃO

**Programa**

8:00h às 12:00h  
Relatos e apresentação de trabalhos

- . Estudo descritivo da indicação de medicamentos com finalidade abortiva em farmácias de Fortaleza em agosto-setembro de 1990.  
**Dr. Domingos Sávio de Carvalho Sousa**  
GPUIM
- . Estudo retrospectivo dos casos de abortamento provocado atendidos na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de janeiro de 1986 a novembro de 1990.  
**Dra. Helena Lutécia L. Coelho**  
GPUIM

Estudo de 50 casos de abortamentos provocados por MYSOPROSTOL em Fortaleza.  
**Dr. George Reis**  
SAMEAC

- . Possível correlação entre utilização de MYSOPROSTOL por via oral e transvaginal para tentativa de abortamento e a ocorrência de má formação crânio-frontal.  
**Dra. Ana Julia Couto**  
Hospital Albert Sabin
- . Efeito de abortamento provocado sobre a Fertilidade Futura da Mulher.  
**Dr. Francisco Medeiros**  
UFC-Deptº de Farmacologia

14:00h às 18:00h

- . O que fazer?
  - . Discussão
  - . Propostas
  - . Encaminhamentos
  - . Documento final

Inscrições no Local. Taxa Cr\$ 1.000,00

Folheto do Seminário Abortamento provocado em Fortaleza: riscos e possibilidades.  
Fonte: Acervo Institucional GPUIM-UFC.

## ANEXO 3



**DIA DO ENVIO DA RESPOSTA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **POR:** \_\_\_\_\_

**(51) 3359.8008**  
**SIAT FONE/FAX**

SIAT - SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE AGENTES  
TERATOGENICOS  
Serviço de Genética Médica  
Rua Ramiro Barcelos, 2350 - HCPA  
90035-903 - Porto Alegre - RS - Brasil  
siatgv@gmail.com

### FICHA CONSULTA SIAT

para uso do SIAT (não preencha este campo)

<b>Data da Consulta:</b> ___/___/___	<b>REGSIAT</b>
REGHCPA	REGSGM
OUTROS REG	

Consulta feita por: ( ) Telefone ( ) Fax ( ) E-Mail ( ) Pessoalmente ( ) Outros

Como ficou sabendo do serviço? \_\_\_\_\_

- |                        |                      |              |                        |                    |
|------------------------|----------------------|--------------|------------------------|--------------------|
| Consulta realizada por | 0) Perdido           | 2) Médico(a) | 4) Amigos              | 6) Outros          |
|                        | 1) Paciente          | 3) Cônjuge   | 5) Pesquisador(a)      |                    |
| Procedência:           | 0) Perdido           |              | 4) Região Sul          | 7) Região Norte    |
|                        | 1) Porto Alegre      |              | 5) Região Sudeste      | 8) Região Nordeste |
|                        | 2) Rio Grande do Sul |              | 6) Região Centro-Oeste | 9) Exterior        |

**Nome do consultante:** \_\_\_\_\_

#### DADOS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Cep:** | | | | | | - | | | |

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Resposta para:** \_\_\_\_\_

**Fone:** | | | - | | | | | | | | | |

**Fax:** | | | - | | | | | | | | | |

#### DADOS DO PROPÓSITO

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Cep:** | | | | | | - | | | |

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Fone:** | | | - | | | | | | | | | |

**Fax:** | | | - | | | | | | | | | |

- |                     |                           |                         |                             |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Propósito</b>    | 0) Perdido                | 3) Gestação Passada     | 6) Exposição Paterna        |
|                     | 1) Gestante               | 4) Pesquisa             | 7) Amamentação              |
|                     | 2) Pré-Grávida            | 5) Outro:               |                             |
| <b>Escolaridade</b> | 0) Perdido                | 4) Fundamental Completo | 8) Superior Completo        |
|                     | 1) Não alfabetizado       | 5) Médio Incompleto     | 9) Pesquisa/ Não é gestante |
|                     | 2) Alfabetizado           | 6) Médio Completo       |                             |
|                     | 3) Fundamental Incompleto | 7) Superior Incompleto  |                             |

**OCUPAÇÃO** \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

**Data de Nascimento do Propósito:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Idade do propósito na gestação:** | | | | anos **[0]0** Perdido **[9]9** Não é gestante

**Idade gestacional:** | | | | semanas **DUM:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **4. DPP:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Peso anterior:** \_\_\_\_\_ kg **Peso atual:** \_\_\_\_\_ kg **Estatura:** \_\_\_\_\_ cm **IMC:** \_\_\_\_\_

**Gestações:** | | | **Partos:** | | | **Cesáreas:** | | |

**Nascidos vivos:** | | | **Mortos:** | | | **Gemelares:** | | |

**Aborto Espontâneo:** | | | **Aborto Provocado:** | | |

Ficha de consulta SIAT-HCPA. Fonte: Acervo Institucional do SIAT-HCPA.



## CONTINUAÇÃO – PÁGINA 2

### DADOS DA GESTAÇÃO

**Gestação planejada:** 1) Sim 3) Exposição Paterna  
0) Perdido 2) Não 4) Amamentação  
3) Não se aplica 5) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros

**Dificuldade para engravidar:** 1) Sim 3) Exposição Paterna  
0) Perdido 2) Não 4) Amamentação  
3) Não se aplica 5) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros

**Se pré-grávida e gestante:** Utilização de ácido fólico: 1) Sim. 2) Não. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**Pré-Natal:** 00) Perdido 88) Ainda não fez  
|\_|\_| Consultas feitas 99) Não é gestante

Local: \_\_\_\_\_ Com dr(a): \_\_\_\_\_

### Ecografia:

0) Perdido 2) Não  
1) Sim (especifique): Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: IG \_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ 3) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros

### Complicações:

0) Perdido 2) Não  
1) Sim (especifique): \_\_\_\_\_ 3) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros

### Trimestre em que a paciente se encontrava no momento da consulta ao SIAT.

0) Perdido 2) 2º Trimestre(15-26 Semanas)  
1) 1º Trimestre (1-14 Semanas) 3) 3º Trimestre (27-42 Semanas)

### Consanguinidade:

0) Perdido 2) Não  
1) Sim 3) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros

### Antecedentes de Malformações ou Doença genética na família: (Heredograma na ficha dos Motivos)

0) Perdido 2) Não  
1) Sim: 3) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros

### Doença Crônica/ Cirurgia

0) Perdido 3) Ambas (especifique abaixo)  
1) Doença Crônica (especifique abaixo) 4) Não  
2) Cirurgia (especifique abaixo) 5) Pesquisa/ Não é gestante/ Outros  
Especifique: \_\_\_\_\_

**Utilização de outros fármacos:** 1) Não. 2) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### Fumo:

0) Perdido 2) Não  
1) Sim: \_\_\_\_\_ cigarros/dia 3) Pesquisa/ Outros

### Álcool:

0) Perdido 2) Não  
1) Sim: \_\_\_\_\_ 3) Pesquisa/ Outros

### Drogas:

0) Perdido 2) Não  
1) Sim (especifique): 3) Pesquisa/ Não é gestante/Outros  
( ) Crack:  
( ) Cocaína:  
( ) Maconha:  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Idéia de risco:** 0) Perdido 2) Médio 4) Não sabe informar  
1) Baixo 3) Alto

**Realizar Seguimento:** 1) Sim 2) Não

**Ficha preenchida por:** \_\_\_\_\_

## CONTINUAÇÃO – PÁGINA 3

### OBSERVAÇÕES:

### DADOS DO MOTIVO

MOTIVO:

01) FÁRMACO

02) FUMO

03) ÁLCOOL

04) OUTRAS SUBSTÂNCIAS

05) IDADE MATERNA AVANÇADA

06) CONSANGÜINIDADE

07) ANTECED. MALFORMAÇÕES

08) RX/RADIAÇÃO

REGSIAT

09) OUTROS (ESPECIFIQUE):

1  DOENÇA MATERNA CRÔNICA

2  COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

3  INFECÇÕES

NOME: \_\_\_\_\_

DOSE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO USO: \_\_\_\_\_

TRIMESTRE DE EXPOSIÇÃO: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

00) PERDIDO

01) 1º TRIMESTRE

02) 2º TRIMESTRE

03) 3º TRIMESTRE

04) 1º + 2º TRIMESTRES

05) 1º + 3º TRIMESTRES

06) 2º + 3º TRIMESTRES

07) 1º + 2º + 3º TRIMESTRES

08) PRÉ-CONCEPCIONAL

09) AMAMENTAÇÃO

10) NÃO USOU AINDA

11) EXPOSIÇÃO PATERNA

12) PESQUISA/OUTROS

EXPOSIÇÃO:

0) PERDIDO

1) CONFIRMADA

2) NÃO CONFIRMADA

AUTOMEDICAÇÃO:

0) PERDIDO

1) AUTOMEDICAÇÃO (RECEITA ANTIGA, BALCONISTA DE FARMÁCIA, RECEITA DE OUTRA PESSOA, ETC.)

2) INDICAÇÃO MÉDICA

3) NÃO É FÁRMACO

4) PESQUISA/NÃO É GESTANTE/OUTROS

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL:

0) PERDIDO

1) SIM

2) NÃO

## CONTINUAÇÃO – PÁGINA 4

### DADOS DO MOTIVO

\_\_\_\_ MOTIVO:

01) FÁRMACO

02) FUMO

03) ÁLCOOL

04) OUTRAS SUBSTÂNCIAS

05) IDADE MATERNA AVANÇADA

06) CONSANGÜINIDADE

07) ANTECED. MALFORMAÇÕES

08) RX/RADIAÇÃO

REGSIAT |\_\_\_\_|

09) OUTROS (ESPECIFIQUE):

1|\_\_\_\_| DOENÇA MATERNA CRÔNICA

2|\_\_\_\_| COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

3|\_\_\_\_| INFECÇÕES

NOME: \_\_\_\_\_

DOSE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO USO: \_\_\_\_\_

TRIMESTRE DE EXPOSIÇÃO: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

00) PERDIDO

01) 1º TRIMESTRE

02) 2º TRIMESTRE

03) 3º TRIMESTRE

04) 1º + 2º TRIMESTRES

05) 1º + 3º TRIMESTRES

06) 2º + 3º TRIMESTRES

07) 1º + 2º + 3º TRIMESTRES

08) PRÉ-CONCEPCIONAL

09) AMAMENTAÇÃO

10) NÃO USOU AINDA

11) EXPOSIÇÃO PATERNA

12) PESQUISA/OUTROS

EXPOSIÇÃO:

0) PERDIDO

1) CONFIRMADA

2) NÃO CONFIRMADA

AUTOMEDICAÇÃO:

0) PERDIDO

1) AUTOMEDICAÇÃO (RECEITA ANTIGA, BALCONISTA DE FARMÁCIA, RECEITA DE OUTRA PESSOA, ETC.)

2) INDICAÇÃO MÉDICA

3) NÃO É FÁRMACO

4) PESQUISA/NÃO É GESTANTE/OUTROS

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL:

0) PERDIDO

1) SIM

2) NÃO

\*\*\*\*\*

### DADOS DO MOTIVO

\_\_\_\_ MOTIVO:

01) FÁRMACO

02) FUMO

03) ÁLCOOL

04) OUTRAS SUBSTÂNCIAS

05) IDADE MATERNA AVANÇADA

06) CONSANGÜINIDADE

07) ANTECED. MALFORMAÇÕES

08) RX/RADIAÇÃO

REGSIAT |\_\_\_\_|

09) OUTROS (ESPECIFIQUE):

1|\_\_\_\_| DOENÇA MATERNA CRÔNICA

2|\_\_\_\_| COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO

3|\_\_\_\_| INFECÇÕES

NOME: \_\_\_\_\_

DOSE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO USO: \_\_\_\_\_

TRIMESTRE DE EXPOSIÇÃO: DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

00) PERDIDO

01) 1º TRIMESTRE

02) 2º TRIMESTRE

03) 3º TRIMESTRE

04) 1º + 2º TRIMESTRES

05) 1º + 3º TRIMESTRES

06) 2º + 3º TRIMESTRES

07) 1º + 2º + 3º TRIMESTRES

08) PRÉ-CONCEPCIONAL

09) AMAMENTAÇÃO

10) NÃO USOU AINDA

11) EXPOSIÇÃO PATERNA

12) PESQUISA/OUTROS

EXPOSIÇÃO:

0) PERDIDO

1) CONFIRMADA

2) NÃO CONFIRMADA

AUTOMEDICAÇÃO:

0) PERDIDO

1) AUTOMEDICAÇÃO (RECEITA ANTIGA, BALCONISTA DE FARMÁCIA, RECEITA DE OUTRA PESSOA, ETC.)

2) INDICAÇÃO MÉDICA

3) NÃO É FÁRMACO

4) PESQUISA/NÃO É GESTANTE/OUTROS

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL:

0) PERDIDO

1) SIM

2) NÃO



## CONTINUAÇÃO – PÁGINA 5

### SEGUIMENTO

DATA DO SEGUIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REGSIAT: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

NOME DO PROPÓSITO: \_\_\_\_\_

CONTATO DO PROPÓSITO (SE ALTERADO): \_\_\_\_\_

35. CONTATO FEITO COM:

0) PERDIDO	3) OBSTETRA
1) MÃE	4) SGM
2) PEDIATRA	5) OUTROS

36. DATA DO PARTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

37. RESULTADO DA GESTAÇÃO:

0) PERDIDO	5) ABORTO PROVOCADO INDIC.MÉD.  __ __  SEMANAS
1) NATIVO ÚNICO	6) ABORTO PROVOCADO VOLUNTÁRIO  __ __  SEMANAS
2) NATIVO GEMELAR	7) ABORTO ESPONTÂNEO
3) NATIMORTO ÚNICO	8) OUTROS, ESPECIFIQUE: _____
4) NATIMORTO GEMELAR	_____

38. SEXO:

0) PERDIDO	1) MASCULINO	2) FEMININO
3) INDETERMINADO		

39) LOCAL DO PARTO:

0) PERDIDO	2) DOMICILIAR
1) HOSPITALAR (ESPECIFIQUE): _____	3) OUTROS (ESPECIFIQUE): _____

40. DURAÇÃO DA GESTAÇÃO: |\_\_| MESES |\_\_|\_\_| SEMANAS (CALCULAR PELA DUM/ECO)

40. COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO (ALÉM DAS CONHECIDAS):

0) PERDIDO	2) NÃO
1) SIM (ESPECIFIQUE): _____	

41. USO DE OUTRAS DROGAS:

0) PERDIDO	3) SIM: AS MESMAS E OUTRAS (ESPECIFIQUE): _____
1) SIM: AS MESMAS (ESPECIFIQUE): _____	
2) SIM: OUTRAS (ESPECIFIQUE): _____	4) NÃO

42. TIPO DE PARTO/MOTIVO:

0) PERDIDO	3) FÓRCEPS: _____
1) VAGINAL	4) OUTROS (ESPECIFIQUE): _____
2) CESAREANA	

43. BOLSA ROTA: 0) PERDIDO 1) |\_\_|\_\_| HORAS ANTES DO PARTO 2) |9|9| NA HORA

44. USO DE DROGAS NO PERIPARTO:

0) PERDIDO	1) SIM (ESPECIFIQUE): _____	2) NÃO
------------	-----------------------------	--------

45. POSIÇÃO DO FETO:

0) PERDIDO	2) PÉLVICA
1) CEFÁLICA	3) OUTRAS (ESPECIFIQUE): _____

46. PESO:

0) PERDIDO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| G

47. ESTATURA:

0) PERDIDO |\_\_|\_\_| CM



CONTINUAÇÃO – PÁGINA 6

48. PC:

0) PERDIDO                      | | | | CM

49. PT:

0) PERDIDO                      | | | | CM

50. APGAR:

| | | | 1º MIN.                      99) PERDIDO

51. APGAR:

| | | | 5º MIN.                      99) PERDIDO

52. EVOLUÇÃO PÓS-PARTO ATÉ ALTA (INTERCORRÊNCIAS NO RN: ICTERÍCIA, DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA, INFECÇÕES, CONVULSÃO, ETC)

0) PERDIDO      1) SIM (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_                      2) NÃO

53. ALTA APÓS:                      0) PERDIDO                      | | | | DIAS

54. CONDIÇÕES NA ALTA:

0) PERDIDO      1) BEM      2) CUIDADOS ESPECIAIS (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

#####

EXAME

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

55. REALIZADO POR:

0) PERDIDO      4) PEDIATRA  
1) SIAT              5) CONFORME MÃE  
2) SGM              6) OUTROS: \_\_\_\_\_  
3) ECLAMC              NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_                      FONE: \_\_\_\_\_

56. ANOMALIAS CONGÊNITAS:

0) PERDIDO                      2) NÃO  
1) SIM (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

57. OUTRAS ANORMALIDADES:

0) PERDIDO                      2) NÃO  
1) SIM (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

58. ANATOMO PATOLÓGICO:

0) PERDIDO                      2) NÃO  
1) SIM (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FICHA PREENCHIDA POR: \_\_\_\_\_

59. SEGUIMENTO APÓS UM ANO:

0) PERDIDO                      1) NORMAL  
2) INTERCORRÊNCIAS (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      REALIZADO POR: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÃO FORNECIDA:                      REGSIAT: | | | | |



