

Conhecimento de médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre o aborto medicamentoso

Knowledge on medical abortion among Brazilian medical residents in Gynecology and Obstetrics

Conocimiento de médicos residentes en Ginecología y Obstetricia sobre el aborto con medicamentos

Rodolfo de Carvalho Pacagnella ¹
Silvana Ferreira Bento ^{2,3}
Karayna Gil Fernandes ^{1,4}
Danielle Miyamoto Araújo ¹
Isabela Dias Fahl ³
Tatiana de Figueiredo Fanton ²
Tatiana Benaglia ⁵
Maria José Duarte Osis ^{1,4}
Graciana Alves Duarte ²
Karla Simônia de Pádua ^{2,3}
Anibal Faúndes ^{1,2}
Grupo de Estudos sobre Aborto no Brasil ⁶

doi: 10.1590/0102-311X00187918

Resumo

O aborto medicamentoso ou farmacológico tem demonstrado ser um meio eficaz para a interrupção da gravidez. Entretanto, o treinamento de provedores no uso do misoprostol tem sido limitado. O presente artigo tem como objetivo identificar o grau de conhecimento dos médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre aborto medicamentoso. Realizou-se um estudo transversal multicêntrico com residentes regularmente inscritos no programa de residência em Ginecologia e Obstetrícia de vinte e um hospitais de ensino. Foi utilizado um questionário de autorresposta. As respostas corretas a cada uma das alternativas foram identificadas e uma variável de resposta binária ($\geq P70$, $< P70$) foi definida pelo percentil 70 do número de perguntas sobre o misoprostol. Quatrocentos e sete médicos residentes devolveram o questionário, sendo que 404 estavam preenchidos e três em branco. A maioria (56,3%) dos residentes tinha até 27 anos de idade, era do sexo feminino (81,1%) e não vivia junto com um(a) companheiro(a) (70%). A maior proporção (68,2%) estava cursando o primeiro ou segundo ano da residência. Apenas 40,8% dos participantes acertaram 70% ou mais das afirmativas. Na análise múltipla, cursar o terceiro ano de residência ou superior (OR = 2,18; IC95%: 1,350-3,535) e ter participado do atendimento a uma mulher com abortamento induzido ou provavelmente induzido (OR = 4,12; IC95%: 1,761-9,621) mostraram-se associados a um maior conhecimento sobre o tema. Entre os médicos brasileiros residentes em Ginecologia e Obstetrícia, o conhecimento sobre o aborto medicamentoso é muito reduzido e constitui um obstáculo para o bom atendimento dos casos de interrupção legal da gestação.

Aborto Legal; Aborto; Conhecimento; Corpo Clínico Hospitalar

Correspondência

R. C. Pacagnella
Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Rua Alexander Fleming 101, Cidade Universitária, Campinas, SP 13083-880, Brasil.
rodolfop@g.unicamp.br

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

² Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, Campinas, Brasil.

³ Hospital da Mulher "Professor Doutor José Aristodemo Pinotti", Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, Brasil.

⁵ Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

⁶ Outros membros listados ao final do artigo.



Introdução

Estima-se que no período de 2010 a 2014 foram realizados 25,1 milhões de abortos inseguros no mundo, sendo que 24,3 milhões aconteceram em países em desenvolvimento ¹. No Brasil, segundo os resultados da *Pesquisa Nacional de Aborto* de 2016 (PNA 2016), quase uma em cada cinco mulheres brasileiras fez um aborto aos 40 anos ². Em países com restrições legais, como é o caso do Brasil, o aborto clandestino é praticado por mulheres de todos os níveis sociais e econômicos, mas as consequências são mais graves para aquelas que vivem em situação de vulnerabilidade social (baixa escolaridade, baixa renda, jovens e não unidas), dadas as condições sanitárias nas quais é praticado ^{2,3}. Esse tipo de aborto foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como abortamento inseguro ⁴. Uma avaliação da situação do abortamento inseguro no Brasil no período desde 1996 até 2012 verificou uma ligeira tendência a declínio, com uma média próxima a um milhão de abortos inseguros por ano ⁵.

No final do século passado, surgiu a possibilidade da interrupção da gestação por meio de medicamentos, inicialmente com antiprogestina isolada e logo em combinação com um uterotônico ou com o uso apenas de uterotônicos ^{6,7,8}. O aborto medicamentoso ou farmacológico tem demonstrado ser um meio eficaz para a interrupção da gravidez ^{9,10,11}.

O misoprostol tem sido usado no Brasil desde o final da década de 1980 ¹², e existem evidências de que seu uso tenha contribuído para a redução da incidência de complicações pós-aborto graves ^{13,14,15}.

Ao longo do texto, o termo aborto será usado como sinônimo de abortamento pelo uso na prática. No Brasil, a *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*, do Ministério da Saúde ¹⁶, estabelece que deve ser oferecida às mulheres que solicitam a interrupção legal da gravidez a opção de escolha entre o abortamento medicamentoso com misoprostol e o abortamento cirúrgico.

Entretanto, o treinamento de provedores no uso do misoprostol tem sido limitado. Nesse sentido, a indisponibilidade do aborto medicamentoso é um fator importante porque muitos ginecologistas e obstetras brasileiros que não estariam dispostos a realizar uma interrupção legal da gestação por aspiração fariam o aborto se fosse para prescrever o misoprostol ¹⁷.

O ensino sobre o abortamento, e particularmente sobre as técnicas para a interrupção da gravidez, é limitado ou mesmo inexistente nas faculdades de Medicina também em países desenvolvidos como Estado Unidos ou Canadá ^{18,19}. Nos programas em que os residentes têm treinamento em aborto de rotina, se mostraram mais dispostos a prover aborto do que os demais. Não encontramos pesquisas semelhantes no Brasil, mas não há informações que permitam acreditar que a situação seja diferente da descrita na América do Norte. Diante desse panorama, o presente artigo teve como objetivo identificar o grau de conhecimento dos médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre aborto medicamentoso, já que estão na iminência de iniciar o exercício profissional.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal multicêntrico com médicos residentes regularmente inscritos no programa de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia de vinte e um hospitais de ensino do país, sendo que alguns deles eram vinculados a universidades. Todos os hospitais faziam parte da Rede Brasileira de Estudos em Saúde Reprodutiva e Perinatal (REDE), e tinham como características ser de nível terciário, referência para casos de alta complexidade, e realizar mais de 2.000 partos/ano. Dez hospitais eram estaduais, sete federais, dois municipais e duas Santas Casas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro de 2015 e janeiro de 2016.

Por ocasião da realização da coleta de dados nos 21 hospitais, havia 530 médicos cursando a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Esse número representa 30,2% dos 3.018 médicos que estavam cursando a residência médica nessa mesma especialidade no ano de 2017 no país ²⁰.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário de autorresposta com 30 perguntas fechadas, com opções de respostas ou escala Likert e uma pergunta aberta sobre comentários espontâneos acerca do tema. O questionário continha variáveis referentes às características sociodemográficas, opinião sobre em que situações o aborto deveria ser permitido, se o respondente teve aulas sobre aborto medicamentoso na graduação e sobre o uso do misoprostol e mifepristone durante a residência, sobre o conhecimento acerca do misoprostol e mifepristone, das vantagens e desvantagens para as mulheres

do aborto medicamentoso comparado com o aborto cirúrgico, sobre prática quanto ao atendimento de mulheres que tiveram um aborto induzido ou provavelmente induzido, e se participaram de uma interrupção legal da gestação, além do grau de disposição dos residentes em prover um aborto para mulheres no futuro em determinadas situações.

Em cada um dos hospitais, foi identificado um supervisor local que convidou todos os residentes a participarem do estudo. O convite aos residentes foi feito de maneira individual ou em grupos pequenos, segundo a avaliação das autoridades acadêmicas/administrativas de cada um dos hospitais como sendo a forma mais adequada. Essa orientação foi dada porque o tema da pesquisa é polêmico e isto poderia deixá-los constrangidos. O supervisor foi orientado a ter uma lista com o nome dos residentes para que pudesse verificar quais já haviam sido abordados e os que não, a fim de convidar os que não tinham sido abordados. Também foram orientados para que essa lista fosse destruída após a abordagem/tentativa de abordagem de todos os residentes.

O supervisor foi o responsável por informar os médicos residentes sobre quais eram os objetivos da pesquisa, que a participação dos mesmos deveria ser voluntária e que em nenhum momento eles seriam identificados, pois o questionário não solicitava nenhum tipo de informação neste sentido. Também tinham de entregar e instruir os possíveis participantes a fazer a leitura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade e que este documento deveria ficar com eles, esclarecer as perguntas sobre a pesquisa caso tivessem dúvidas, e que o questionário autorrespondido anônimo, preenchido ou não, deveria ser depositado em uma urna previamente lacrada. O objetivo dessas instruções foi garantir a privacidade dos médicos residentes para que pudessem se recusar a responder sem que algum colega ou mesmo o supervisor soubesse.

O questionário era entregue aos residentes juntamente com o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, e o supervisor informava o local e por quanto tempo a urna estaria disponível para que eles depositassem o questionário. Os residentes foram orientados a não consultar nenhum material didático para responder ao questionário.

O prazo para a devolução da urna deveria ser de uma a duas semanas. As urnas lacradas foram enviadas para a instituição coordenadora da pesquisa e os questionários foram numerados, revisados, digitados e arquivados.

A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), considerando as características do tema abordado e também como forma de garantir o anonimato. No entanto, com o objetivo de informar os participantes, foi preparado o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade que continha as mesmas informações que devem conter um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que foi entregue aos possíveis voluntários juntamente com o questionário. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp (parecer CAAE: 21177013.3.0000.5404), além de ter obtido as respectivas aprovações nos CEP dos centros participantes.

Para as questões referentes ao conhecimento sobre aborto medicamentoso, os participantes que referiam ter tido informação sobre este tipo de abortamento durante o treinamento como médico residente deveriam responder a uma pergunta contendo afirmativas acerca do uso do misoprostol e outra sobre o mifepristone. O médico residente deveria assinalar a coluna correspondente a cada afirmativa, se falsa, verdadeira ou se não sabia a resposta.

Para o processamento dos dados, as respostas corretas de cada uma das alternativas foram identificadas e para cada frase que o residente respondeu corretamente foi atribuído o valor 1 (um), e para os erros e "não sei", o valor 0 (zero). Uma variável de resposta binária ($\geq P70$, $< P70$) foi definida pelo percentil 70 do número de perguntas sobre o misoprostol. O número total de perguntas acerca do misoprostol era 8 e, portanto, seu percentil 70 seria de 5,6, assim, os alunos que responderam corretamente 6, 7 ou 8 perguntas foram considerados como acerto conhecimento $\geq P70$, caso contrário, eles foram considerados com conhecimento $< P70$. Para analisar a variável descrita anteriormente, foram utilizadas regressões logística simples e múltipla, e foram apresentados as razões de chance (*odds ratios*) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Os dados foram digitados diretamente em formulários eletrônicos e foi feita a checagem da consistência dos dados. Para todos os procedimentos de digitação e checagem foi usado o módulo

de entrada de dados do SPSS (<https://www.ibm.com/>) . As análises estatísticas foram realizadas no software SAS (<https://www.sas.com/>).

Resultados

O número total de médicos que estavam cursando a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, nos 21 hospitais por ocasião da coleta de dados, era de 530. Quatrocentos e quarenta residentes foram abordados pelo supervisor e convidados a participar da pesquisa. Desses, 407 devolveram o questionário, sendo que 404 estavam preenchidos e três em branco. Noventa residentes não foram abordados pelo supervisor para convidá-los a participar da pesquisa porque estes estavam em estágio em outras unidades de saúde e/ou estavam trabalhando em horários diferentes do horário do supervisor e, portanto, não foram localizados por ele no período da coleta de dados.

Na amostra estudada, mais da metade dos residentes tinham até 27 anos de idade, quatro quintos eram do sexo feminino. Pouco mais de dois terços não tinham parceiro estável e estavam cursando o primeiro ou segundo ano da residência na ocasião da entrevista (Tabela 1). Em torno de 60% haviam nascido nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e tinham realizado o curso de medicina nestas mesmas regiões geográficas (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição percentual dos médicos residentes segundo características sociodemográficas (n = 404).

Variáveis	n	%
Idade (anos completos) *		
≤ 27	227	56,3
≥ 28	176	43,7
Sexo *		
Feminino	327	81,1
Masculino	76	18,9
Estado marital *		
Sem companheiro(a)	282	70,0
Em união	121	30,0
Ano da residência **		
Primeiro e segundo	274	68,2
Terceiro a quinto	128	31,8
Região de nascimento		
Sudeste	207	51,2
Sul	28	6,9
Norte	35	8,7
Nordeste	117	29,0
Centro-oeste	10	2,5
Outros países	7	1,7
Região onde cursou medicina *		
Sudeste	212	52,6
Sul	31	7,7
Norte	40	10,0
Nordeste	106	26,3
Centro-oeste	7	1,7
Outros países	7	1,7

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	n	%
Religião declarada *		
Católica	235	58,3
Espírita Kardecista	51	12,6
Evangélico/Protestante	35	8,6
Outras	6	1,5
Nenhuma	76	19,0
Importância da religião para a vida		
Muito importante	121	36,8
Importante	176	53,7
Pouco importante/Sem importância	31	9,5
Envolvido no atendimento a mulheres que tiveram aborto induzido ou provavelmente induzido **		
Sim	328	81,6
Não	74	18,4
Envolvido na realização de uma interrupção legal de uma gravidez **		
Sim	286	71,1
Não	116	28,9

Nota: faltou opinião dos residentes: * 1; ** 2.

Mais de dois terços (68,3%) estavam realizando a residência médica em hospitais vinculados a uma universidade (dados não apresentados em tabela).

Quatro de cada cinco residentes declararam praticar uma religião e para 37% deles a religião era muito importante em suas vidas. Para menos de 10% dos residentes a religião tinha pouca ou nenhuma importância (Tabela 1).

Pouco mais de 80% dos residentes participaram do atendimento às mulheres que tiveram um aborto induzido ou provavelmente induzido, e pouco mais de 70% na realização da interrupção legal da gravidez (Tabela 1).

Com relação ao aborto medicamentoso, 324 participantes referiram ter tido aulas sobre este assunto durante a residência (80,6% da amostra total) e 70% consideraram esta informação suficiente. Um pouco mais da metade (52,1%) referiram que tiveram aula sobre aborto medicamentoso durante a graduação. Apenas 17 residentes (3%) disseram ter recebido informações sobre o uso do mifepristone para a realização do aborto (dados não apresentados em tabelas).

Quanto aos acertos e erros dos médicos residentes em relação ao conhecimento sobre o uso do misoprostol, apenas 40,8% dos participantes acertaram 70% ou mais das afirmativas. A frase com a afirmação sobre o uso de misoprostol sem internação da mulher teve poucos acertos. Sobre a via de administração, pouco mais da metade acertaram ao responder e, quanto às doses, só um terço dos residentes acertou (Tabela 2).

O fato de ter 26 anos ou mais de idade e estar nos períodos mais avançados da residência médica esteve significativamente associado com um maior conhecimento sobre o uso do misoprostol. Estar cursando o quarto ano de residência aumentou em quase quatro vezes a chance de ter maior conhecimento sobre abortamento medicamentoso em relação aos que cursavam os primeiros anos (Tabela 3). Além disso, ter participado do atendimento a mulheres que tiveram um aborto induzido ou provavelmente induzido e já ter estado envolvido na realização de uma interrupção legal da gestação durante a residência médica também estiveram associados ao melhor conhecimento (Tabela 4). Na análise múltipla, estar no terceiro ano de residência ou superior (OR = 2,18) e ter participado do atendimento a uma mulher com abortamento induzido ou provavelmente induzido (OR = 4,12) ainda se mantiveram associados a um maior conhecimento sobre o tema (Tabela 5).

Tabela 2

Acertos e erros dos residentes quanto ao uso do misoprostol (n = 324).

Afirmações	Falso		Verdadeiro		Não sei		Acertos (%)	
	n	%	n	%	n	%	%	
1. Quanto maior a idade gestacional, maior a dose a ser utilizada.	297	93	21	7	3	1	93	
2. A via vaginal de administração causa menos efeitos colaterais do que a via oral ou sublingual.	48	15	231	72	41	13	72	
3. Uma única dose de 800mcg de misoprostol, pela via vaginal é eficaz e apresenta menos risco de complicações.	175	55	105	33	40	13	33	
4. Os melhores resultados são obtidos ao usar 400mcg pela via oral e 400mcg através da via vaginal.	208	65	18	6	93	29	65	
5. O misoprostol usado pela via sublingual não é eficaz.	185	58	28	9	106	33	58	
6. A cólica é um efeito colateral presente na maioria dos abortos realizados com misoprostol.	18	6	292	92	9	3	92	
7. Na maioria dos casos a expulsão do conteúdo uterino ocorre nas primeiras 24 horas.	55	17	235	73	31	10	73	
8. O misoprostol pode ser usado sem internação hospitalar em gestações de até nove semanas.	166	52	79	25	76	24	25	

Nota: em negrito as respostas corretas.

Discussão

O conhecimento sobre aborto medicamentoso entre residentes em Ginecologia e Obstetrícia brasileiros é muito limitado. Apesar de uma grande proporção (80,6%) dos residentes entrevistados ter recebido a informação sobre o misoprostol para a realização do aborto, quando perguntados especificamente acerca de seu uso e indicações na prática clínica, menos da metade dos médicos acertaram mais de 70% das informações.

Como esperado, quanto mais avançados na residência, maior foi o conhecimento sobre o misoprostol, porém, menos de 60% dos residentes do quarto ano acertaram mais de 70% das perguntas sobre este tema. O progressivo aumento do conhecimento sobre esse tema na medida em que se avança na formação profissional parece iniciar na graduação, a julgar pelos achados de um estudo realizado entre estudantes do último ano de medicina em três universidades paulistas em que somente um em cada cinco alunos demonstraram ter conhecimento satisfatório a esse respeito ²¹.

Igualmente, o fato de ter participado do atendimento ou da realização de interrupção legal da gestação foi associado ao melhor conhecimento, confirmando achados de outros autores ²². Nesse grupo dos que passaram por essa experiência, entretanto, apenas 45,4% responderam corretamente a mais de 70% das perguntas, mostrando que ainda nesse grupo melhor informado houve uma falha no aprendizado sobre aborto com medicamentos durante a residência em Ginecologia e Obstetrícia.

Não encontramos publicações anteriores que apresentem resultados de uma pesquisa em que se perguntou especificamente aos médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia brasileiros sobre o conhecimento quanto ao aborto medicamentoso, além do já relatado entre estudantes do último ano de medicina. Como nossa amostra tem representação de 30,2% do total de médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia cursando em 2017, os resultados sugerem fortemente que as escolas médicas brasileiras não conseguiram preparar adequadamente os residentes para realizar a interrupção legal da gestação com medicamentos, como consta na Norma sobre *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* ²³, além de ser uma prática recomendada tanto pela OMS ⁴ como pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) ²⁴ e pelo Ministério da Saúde ¹⁶.

A interrupção da gestação é autorizada pela legislação brasileira nas circunstâncias já descritas anteriormente, e as mulheres que cumprem com estas condições devem receber atendimento sem nenhuma restrição, pois se há um tratamento possível para uma questão de saúde e a mulher não tem

Tabela 3

Porcentagem de residentes que tiveram 70% ou mais de respostas acertadas sobre o uso de misoprostol, segundo características sociodemográficas.

	n	%	Acertos ≥ P70		
			Valor de p	OR	IC95%
Idade (anos)					
≤ 25	13/51	25,0			
26-27	55/125	44,0	0,024	2,297	1,116-4,728
≥ 28	64/148	43,2	0,027	2,227	1,096-4,524
Sexo					
Feminino	100/260	38,5			
Masculino	32/63	51,0	0,076	1,652	0,950-2,873
Região de nascimento					
Outra região/país	78/192	40,6			
Sudeste/Sul	54/132	40,9	0,959	1,012	0,645-1,588
Região onde estudou					
Outra região/país	80/199	40,2			
Sudeste/Sul	52/125	41,6	0,803	1,06	0,672-1,670
Ano da residência atual					
Primeiro	23/91	25,0			
Segundo	44/114	38,6	0,045	1,858	1,015-3,402
Terceiro	50/95	53,0	0,001	3,285	1,765-6,113
Quarto ou mais	12/21	57,0	0,006	3,942	1,472-10,557
Estado marital					
Em união	45/98	46,0			
Sem companheiro	86/225	38,2	0,196	0,729	0,451-1,177
Importância da religião					
Muito importante	39/98	40,0			
Importante, pouco importante, não importante	93/226	41,2	0,820	1,058	0,652-1,715

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Nota: Regressão logística simples cuja variável resposta é o conhecimento do residente.

acesso, seus direitos não estão sendo respeitados e o médico não está cumprindo com suas obrigações éticas e profissionais. Como diz o código de ética da FIGO: “O primeiro dever de consciência do ginecologista e obstetra, em todo momento é dar tratamento, promover benefício e prevenir o dano da paciente que tem a responsabilidade de atender. Qualquer objeção de consciência é secundária a esse dever primário”²⁴.

A principal causa das restrições existentes é o estigma que acarreta o aborto²⁵, que vai continuar sem variação enquanto o tema continuar sendo pouco considerado pelas escolas médicas. É preciso que as faculdades de medicina pensem em como melhorar a capacitação dos médicos residentes em relação ao aborto legal e quanto ao uso do misoprostol. Isso porque o aborto é uma vivência comum na vida das mulheres em idade reprodutiva, sendo também um dos procedimentos cirúrgicos mais rotineiros entre ginecologistas e obstetras²⁶. Além disso, ao não se oferecer esse tipo de capacitação aos futuros ginecologistas e obstetras, priva-se as mulheres de seus direitos definidos nos princípios básicos da bioética (autonomia, beneficência/não maleficência e justiça).

As normas que regulamentam o atendimento ao abortamento legal indicam que os profissionais devem prover atendimento humanizado para as mulheres e também dispõem sobre a indicação do misoprostol para a interrupção da gestação ou esvaziamento uterino¹⁶. No entanto, não basta ter normas estabelecidas se os provedores (ginecologistas e obstetras, no caso do Brasil) não estão sendo capacitados adequadamente para exercerem essa função.

Tabela 4

Distribuição das características relativas à prática e ensino médicos segundo conhecimento sobre o misoprostol.

	n	%	Acertos ≥ P70		
			Valor de p	OR	IC95%
Teve aulas de aborto medicamentoso durante a faculdade					
Não	51/131	38,9			
Sim	81/192	42,2	0,559	1,145	0,728-1,801
Considera a informação recebida durante a residência					
Não sei	8/25	32,0			
Insuficiente	19/67	28,0	0,7335	0,841	0,311-2,274
Suficiente	103/226	45,6	0,1994	1,779	0,738-4,291
Esteve envolvido no atendimento às mulheres que tiveram aborto induzido ou provavelmente induzido					
Não	8/47	17,0			
Sim	124/274	45,3	0,0006	4,03	1,816-8,942
Esteve envolvido na realização de uma interrupção legal da gestação					
Não	19/72	26,0			
Sim	113/249	45,4	0,0045	2,318	1,297-4,141
O aborto deveria ser legalizado					
Concorda em qualquer situação	10/25	40,0			
Discorda em qualquer situação	114/286	39,9	0,9891	0,994	0,432-2,290
Sem opinião	6/10	60,0	0,2884	2,25	0,504-10,053

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Nota: regressão logística simples cuja variável resposta é o conhecimento do residente.

Tabela 5

Análise de regressão logística múltipla da relação entre variáveis explicativas para o melhor desempenho no conhecimento.

Efeito	OR estimado	IC95% *	Valor de p
Ano residência atual: terceiro ou mais vs. primeiro/segundo	2,184	1,350-3,535	0,002
Já esteve envolvido no atendimento de um abortamento induzido ou provavelmente induzido (sim vs. não)	4,116	1,761-9,621	0,001

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Nota: análise de regressão logística múltipla considerando todas as demais variáveis modelo.

* Teste de Wald.

Uma das propostas para a educação dos profissionais poderia ser o uso de metodologias ativas nas escolas médicas. Esse tipo de metodologia de ensino/aprendizagem é centrado no aluno, sendo o professor um facilitador do conhecimento. Grupos pequenos de alunos realizam uma discussão para que o conhecimento seja construído baseado em casos reais. Através desse método é possível envolver conhecimentos básicos com os mais avançados e promover uma discussão crítica dos casos, e há boa experiência com o uso dessa metodologia ativa, principalmente com relação à melhoria do desempenho das habilidades e no raciocínio crítico ²⁷. Outra técnica que tem sido utilizada é a de *role-playing*, que permite que haja uma “troca de papéis” entre os atores envolvidos diante de um mesmo tema, o que possibilita que estes percebam diferentes pontos de vista de um mesmo tema com perspectivas diferentes ²⁸.

Por outro lado, nossos resultados mostram que o atendimento de casos de aborto legal e de abortamento incompleto pelos residentes esteve associado com um melhor conhecimento sobre o uso de misoprostol, o que sugere que se todas as escolas médicas provesses serviços de interrupção legal da gestação os residentes terminariam bem preparados para esta prática, ao mesmo tempo em que ampliaria o acesso a estes serviços no país.

Usar as metodologias ativas para o ensino do atendimento ao aborto legal e interrupção da gravidez seria uma estratégia importante, já que os alunos poderiam ser os protagonistas das discussões, da busca pelo conhecimento e da solução do caso. De toda forma, é importante um espaço de discussão no currículo da residência médica que envolva questões de gênero e direitos, uma vez que esses profissionais estarão atuando no atendimento de mulheres em situação de aborto em um futuro breve e serão formadores de opinião acerca do tema.

Uma limitação deste artigo é que a pergunta acerca do conhecimento do misoprostol somente foi respondida pelos residentes que referiram ter tido aula sobre o aborto medicamentoso. A aquisição de conhecimento de uma pessoa não está associada somente às aulas didáticas que assiste, mas a todo tipo de informação que recebe por intermédio de todos os meios de comunicação existentes. Atualmente, os estudantes têm fácil acesso a livros, revistas científicas, boletins informativos e interagem com outras pessoas nas redes sociais. Ficamos sem informação sobre esse ponto, sujeito deste artigo, para 22,3% da amostra total.

Os resultados deste trabalho mostram que entre os médicos brasileiros residentes em Ginecologia e Obstetrícia o conhecimento sobre aborto medicamentoso é muito reduzido e constitui um obstáculo para o bom atendimento dos casos de interrupção legal da gestação.

A gravidez não planejada e o abortamento induzido estão presentes em todas as sociedades ao longo da história e têm de ser reconhecidos e enfrentados. A solução mais eficiente é a legalização do aborto, que não apenas leva à rápida redução de morbidade e mortalidade, mas contribui para reduzir a taxa de aborto ²⁹. Enquanto isso não ocorre, cabe aos médicos assegurar que toda mulher que cumpre com as condições permitidas pela lei tenha fácil acesso aos serviços de interrupção legal da gestação, particularmente as mais pobres e desprotegidas, que são atendidas em serviços públicos, porque são elas as que sofrem as piores consequências do abortamento clandestino ⁴. A capacidade dos médicos de prover corretamente os medicamentos para a interrupção da gravidez é um fator que tem se demonstrado da maior importância para facilitar o acesso ao abortamento legal ³⁰.

Esperamos que a publicação destes resultados contribua para chamar a atenção das autoridades de saúde e das organizações de médicos acerca da necessidade de corrigir esta lamentável omissão na formação dos residentes em Ginecologia e Obstetrícia.

Colaboradores

R. C. Pacagnella e A. Faúndes conduziram o estudo, participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação final. S. F. Bento, K. G. Fernandes, K. S. Pádua, T. F. Fanton, T. Benaglia, I. D. Fahl e D. M. Araújo contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica para a aprovação final. G. A. Duarte e M. J. D. Osis contribuíram na concepção, planejamento da pesquisa e revisão crítica do manuscrito para sua aprovação final.

Informações adicionais

ORCID: Rodolfo de Carvalho Pacagnella (0000-0002-5739-0009); Silvana Ferreira Bento (0000-0003-3048-2250); Karayna Gil Fernandes (0000-0003-4014-6277); Danielle Miyamoto Araújo (0000-0001-6080-3196); Isabela Dias Fahl (0000-0003-4275-8031); Tatiana de Figueiredo Fanton (0000-0002-5610-4154); Tatiana Benaglia (0000-0003-4111-3864); Maria José Duarte Osis (0000-0003-3625-1525); Graciana Alves Duarte (0000-0003-3979-3944); Karla Simônia de Pádua (0000-0001-7365-5161); Anibal Faúndes (0000-0003-4178-6030).

Outros membros do Grupo de Estudos sobre Aborto no Brasil

Carlos Augusto Santos de Menezes, Claudio Sérgio Medeiros Paiva, Dênis José do Nascimento, Edilberto Alves Pereira Rocha da Silva, Elaine Christine Dantas Moisés, Fátima Aparecida Henrique Lotufo, Fernando Artur Carvalho Bastos, Francisco Edson de Lucena Feitosa, Francisco José Machado Viana, Francisco Lázaro Pereira de Sousa, Ione Rodrigues Brum, Joaquim Luiz de Castro Moreira, Marcelo Marques de Souza Lima, Mário Dias Córrea Júnior, Marla Niag dos Santos Rocha, Nelson Sass, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Rosiane Mattar, Silvana Maria Quintana, Vera Therezinha Medeiros Borges, Yalli Coelho.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração/opinião de todos os residentes em Ginecologia e Obstetrícia, dos coordenadores, supervisores e das instituições que colaboraram com o desenvolvimento deste estudo. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2012/23129-6, pelo financiamento.

Referências

1. Ganatra B, Gerdt C, Rossier C, Johnson Jr. BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 390:2372-81.
2. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-6.
3. Pacagnella RC. Novamente a questão do aborto no Brasil: ventos de mudanças? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013; 35:1-4.
4. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd. Ed. Geneva: World Health Organization; 2012.
5. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Ramos Junior AN, Carvalho FHC, Machado MMT, et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:508-20.
6. Baulieu EE. Contraception by antiprogesterin: a new approach to human fertility control. *Ciba Found Symp* 1985; 115:192-210.
7. Thong KJ, Baird DT. Introduction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:1004-7.
8. Blanchard K, Winikoff B, Ellertson C. Misoprostol used alone for termination of early pregnancy: a review of the evidence. *Contraception* 1999; 59:209-17.
9. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet* 2007; 369:1938-46.
10. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99:172S-7S.
11. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faúndes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 138:363-6.
12. Barbosa RM, Arilha M. A experiência brasileira com o CYTOTEC. *Estudos Feministas* 1993; 1:407-17.
13. Viggiano MGC, Faúndes A, Borges AL, Viggiano ABF, Souza GR, Rebello I. Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. *J Bras Ginecol* 1996; 106:55-61.
14. Faúndes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Adv Contracept* 1996; 12:1-9.
15. Miller S, Lehman T, Campbell M, Hemmerling A, Anderson SB, Rodriguez H, et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 112:1291-6.

16. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno, 4).
17. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26:89-96.
18. Espey E, Ogburn T, Chavez A, Qualls C, Leyba M. Abortion education in medical schools: a national survey. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:640-3.
19. Roy G, Parvataneni R, Friedman B, Eastwood K, Darney PD, Steinauer J. Abortion training in Canadian obstetrics and gynecology residency programs. *Obstet Gynecol* 2006; 108:309-14.
20. Sheffer M. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2018.
21. Fernandes KG, Camargo RP, Duarte GA, Faúndes A, Sousa MH, Maia Filho NL, et al. Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118:10S-4S.
22. Holcombe SJ, Berhe A, Cherie A. Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives' attitudes toward providing abortion services after legal reform. *Stud Fam Plann* 2015; 46:73-95.
23. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
24. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Ethical issues in obstetrics and gynecology; 2012. <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf> (acessado em 25/Nov/2018).
25. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJ. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 123 Suppl 3:S57-9.
26. Steinauer J, Turk JK, Pomerantz T, Simonson K, Learman LA, Landy U. Abortion training in US obstetrics and gynecology residency programs. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 219:86e1-86e6.
27. Leon LB, Onófrío FQ. Aprendizagem baseada em problemas na graduação médica: uma revisão da literatura atual. *Rev Bras Educ Méd* 2015; 39:614-9.
28. Darze OISP, Barroso Júnior U. Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva durante o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd* 2018; 42:155-64.
29. Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131 Suppl 1:56S-9S.
30. Fiol V, Rieppi L, Aguirre R, Nozar M, Gorgoroso M, Coppola F, et al. The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 134 Suppl 1:12S-5S.

Abstract

Medical or drug-induced abortion has been proven as an effective means for termination of pregnancy. However, training of providers in the use of misoprostol has been limited. The current article aims to identify the degree of knowledge on medical abortion among Brazilian medical residents in Gynecology and Obstetrics. A multicenter cross-sectional study was performed with residents regularly enrolled in residency programs in Gynecology and Obstetrics in 21 teaching hospitals. A self-responded questionnaire was used. Correct responses to each of the alternatives were identified, and a binary response variable ($\geq P70$, $< P70$) was defined by the 70th percentile of the number of questions on misoprostol. Four hundred and seven medical residents returned the questionnaire, of which 404 were completed and three were blank. The majority (56.3%) of the residents were 27 years or younger, females (81.1%), and single or not living with a partner (70%). Two-thirds (68.2%) were in the first or second year of residency. Only 40.8% of the participants answered 70% or more of the questions correctly. In the multivariate analysis, enrollment in the third year of residency or greater (OR = 2.18; 95%CI: 1.350-3.535) and having participated in treatment of a woman with induced or probably induced abortion (OR = 4.12; 95%CI: 1.761-9.621) were associated with better knowledge on the subject. Among Brazilian medical residents in Gynecology and Obstetrics, knowledge on medical abortion is very limited and poses an obstacle to proper care in cases of legal termination of pregnancy.

Legal Abortion; Abortion; Knowledge; Hospital Medical Staff

Resumen

El aborto con medicamentos o farmacológico ha demostrado ser un medio eficaz para la interrupción del embarazo. No obstante, la capacitación de los médicos en el uso del misoprostol ha sido limitada. El objetivo de este artículo es identificar el grado de conocimiento de los médicos residentes en Ginecología y Obstetricia sobre el aborto con medicamentos. Se realizó un estudio transversal multicéntrico con residentes regularmente inscritos en el programa de residencia en Ginecología y Obstetricia de veintiún hospitales de enseñanza. Se utilizó un cuestionario de autorrespuesta. Las respuestas correctas de cada una de las alternativas fueron identificadas y una variable de respuesta binaria ($\geq P70$, $< P70$) se definió por el percentil 70 del número de preguntas sobre el misoprostol. Cuatrocientos siete médicos residentes devolvieron el cuestionario, siendo que 404 estaban cumplimentados y tres en blanco. La mayoría (56,3%) de los residentes tenía hasta 27 años de edad, eran de sexo femenino (81,1%); no vivía junto a un(a) compañero(a) (70%). La mayor proporción (68,2%) estaba cursando el primero o segundo año de residencia. Solamente un 40,8% de los participantes acertaron un 70% o más de las afirmaciones. En el análisis múltiple, estar en el tercer año de residencia o superior (OR = 2,18; IC95%: 1,350-3,535) y haber estado implicado en la atención a una mujer con aborto inducido o probablemente inducido (OR = 4,12; IC95%: 1,761-9,621) se mostraron asociados a un mayor conocimiento sobre el tema. Entre los médicos brasileños residentes en Ginecología y Obstetricia, el conocimiento sobre aborto con medicamentos es muy reducido y constituye un obstáculo para una buena atención de los casos de interrupción legal de la gestación.

Aborto Legal; Aborto; Conocimiento; Cuerpo Médico de Hospitalares

Recebido em 28/Set/2018

Versão final reapresentada em 15/Jan/2019

Aprovado em 04/Fev/2019