

Situações de Abortamento e Considerações sobre o Cuidado de Enfermagem

Paulo Alexandre de Souza São Bento

Natasha Cristina Cunha Muniz

Pâmella Tames das Neves

Simone Carvalho Neves

Rozânia Bicego Xavier

André Guayanaz Lauriano

RESUMO

Objetivos: apresentar as situações de abortamento apontadas pela literatura especializada e destacar algumas considerações para o cuidado de enfermagem diante deste fenômeno. **Método:** estudo informativo alicerçado na pesquisa bibliográfica. Utilizaram-se referências clássicas, assim como, artigos disponíveis em bases *online* de saúde. **Discussão:** os tipos de abortamento foram apresentados em suas características clínicas, assim como, os cuidados afinados com as propostas do Ministério da Saúde do Brasil. **Considerações finais:** a mulher em situação de abortamento, seja qual for, deve ser acolhida para um cuidado qualificado que busque a redução das complicações relacionadas ao fenômeno e ter acesso a informações/orientações qualificadas. Estratégias que devem ser buscadas dentro de princípios humanísticos, de dignidade e livres de julgamentos.

Palavras-chave: aborto; aborto induzido; enfermagem; saúde da mulher; saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

O aborto é uma das principais causas de mortalidade materna e um grave problema de saúde pública na realidade brasileira. Algo que é parcialmente apresentado, uma vez que, ainda persiste a subnotificação

dos óbitos (BRASIL, 2011a). De acordo com Espírito-Santo e Vieira (2007), o aborto é uma das grandes causas de internação hospitalar, com estimativas apontando para 730 a 940 mil abortos anuais. Cabe distinguir, que *aborto* é o produto da concepção expulso no processo de *abortamento*. Embora a definição de abortamento possa variar dependendo do país (e seus contextos), no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011a), é a interrupção da gestação com conceito pesando menos de 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 20.^a ou 22.^a semanas completas. Pode ser espontâneo ou não espontâneo (induzido, eletivo, provocado), sendo o primeiro o mais comum (ocorrendo em 80% nas primeiras 12 semanas de gestação) e o segundo sendo induzido, por uso de agentes físicos e/ou químicos (com o consentimento da gestante ou não, com participação de leigos ou profissionais de saúde) (BRASIL, 2011a; MEDEIROS, LANDIM, SOUSA, CABRAL e SANTOS, 2013).

Em alguns países, o aborto é legalizado em diversas situações, mas no Brasil a interrupção da gravidez somente é permitida em três circunstâncias: risco à vida da mulher/gestante (artigo 128, I, Código Penal), gravidez decorrente de estupro, ou outra forma de violência sexual (artigo 128, II, Código Penal) e, mais recentemente, para gravidezes com fetos anencéfalos (Projeto de Lei n.º 4360 de 2004; CFM, 2012; STF, 2012). Os casos citados não são crime e, por conseguinte, não se pune. O que escapa disso não se enquadra nas situações legais para a realização do abortamento (ESPÍRITO-SANTO e VIEIRA, 2007; BRASIL, 2011a e MEDEIROS, LANDIM, SOUSA, CABRAL e SANTOS, 2013). Na indicação de interrupção da gestação, deve-se assegurar o direito de escolha da mulher (ou seu representante) pela técnica a ser empregada, a saber: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (Amiu) ou a dilatação e curetagem (BRASIL, 2011a).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2011b), a mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde da população. Todas as principais causas são evitáveis e assim classificadas: hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal e o *aborto*. O abortamento realizado em condições de risco agrega complicações severas, que contribuem para graus distintos de morbidade e mortalidade (a situação de ilegalidade afeta sobremaneira as estatísticas sobre o fenômeno, dificultando a implementação de políticas mais precisas

que contribuam para a diminuição do problema). Complicações, tais como, a perfuração do útero, hemorragia e infecção são associadas à realização dos abortos clandestinos, conduzidos por médicos em clínicas e em domicílio, pelas próprias mulheres e/ou 'curiosas'. Para tanto, uma pergunta se impõe. *Quem são essas mulheres que abortam?* O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) afirma que são, predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, que abortam utilizando a medicação misoprostol.

Existem reflexos desta questão no cuidado, oferecido pelos profissionais de saúde, prestado às mulheres em situação de abortamento, traduzidos em discriminação e violência institucional, a partir de atendimento demorado, orientações desinteressadas ou mesmo na discriminação explícita, através de palavras, atitudes condenatórias e preconceituosas. À vista disso, recomenda-se, atualmente, uma assistência pautada em acolhimento, escuta, não julgamento, atitude terapêutica e orientação (BRASIL, 2011a). Tomando como ponto de partida estas sucintas considerações, os **objetivos** deste artigo foram: apresentar as situações de abortamento apontadas pela literatura especializada e destacar algumas considerações para o cuidado de enfermagem diante deste fenômeno.

Como **método** utilizou-se a pesquisa bibliográfica para conduzir este estudo, que possui um caráter informativo. As referências clássicas (e também especializadas) citadas dizem respeito à publicações/recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, assim como, literatura na área de enfermagem, entre outras. Lançou-se mão de artigos publicados em periódicos e as buscas foram realizadas em bases de dados *online*, reunidas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com os descritores oficiais (Decs 2014) - aborto; aborto espontâneo; aborto habitual; aborto induzido; enfermagem. As buscas foram avançadas, aplicando o operador *booleano* AND. Selecionaram-se, apenas, os artigos que tiveram estreita relação com o objeto deste estudo, não sendo compulsória sua utilização no corpo do artigo ora apresentado. Cabe ressaltar, que não se intencionou alçar o status de uma revisão integrativa de literatura, portanto, não cabendo esgotar as normatizações propostas para este tipo de pesquisa. Assim, buscou-se um *corpus* de análise que pudesse dar conta dos objetivos propostos.

2. DESENVOLVIMENTO

No que concerne ao aborto, Ricci (2008) afirma que o mesmo pode ser classificado como espontâneo ou induzido, sendo o primeiro a perda de um feto em decorrência de causas naturais, isto é, sem que haja indução por algum procedimento. Os que ocorrem na primeira metade da gravidez (primeiro trimestre) são considerados precoces e incluem o aborto espontâneo, a gravidez ectópica e a doença trofoblástica gestacional (DTG). Como ocorrem em cerca de 80% dos casos, muitas mulheres abortam sem perceberem-se grávidas (RICCI, 2008). A partir de sinais e sintomas específicos, os abortamentos podem ser categorizados em: ameaça de abortamento, abortamento inevitável e incompleto, abortamento completo, abortamento oculto ou retido, abortamento recorrente ou habitual e abortamento infectado (RICCI, 2008; BRASIL, 2011a; LOWDERMILK, PERRY, CASHION e ALDEN, 2013).

Ricci (2008), Brasil (2011) e Lowdermilk, Perry, Cashion e Alden (2013) classificam a ameaça de abortamento quando existe: a presença de sangramento vaginal, de pequena a moderada intensidade (no início da gestação), sem alteração de cérvix (ou seja, orifício interno fechado, sem mudanças em sua consistência), com feto vivo, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular (exame de ultrassom), o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional (IG) e episódios de cólicas pouco intensas.

Frequentemente precedido por ameaça de abortamento, o abortamento inevitável e incompleto é caracterizado por: sangramento vaginal moderado a intenso (de *cor viva*, maior que na ameaça de abortamento), alteração da cérvix (orifício interno aberto), frequentemente acompanhado de ruptura das membranas amnióticas, possível expulsão de produtos da concepção (com confirmação por ultrassonografia – USG – transvaginal e verificação de níveis de β hCG) ou eliminação de parte dos produtos da concepção e presença de cólica forte (RICCI, 2008; BRASIL, 2011a; LOWDERMILK, PERRY, CASHION e ALDEN, 2013).

Quando os produtos da concepção são expulsos por completo têm-se os casos de abortamento completo. Geralmente, em gestações com idade gestacional inferior a oito semanas. Da mesma forma que no aborto incompleto, a mulher apresenta: sangramento vaginal intenso, alteração da cérvix (orifício interno pode estar aberto), o tamanho uterino mostra-se

menor que o esperado para a IG e presença de cólica intensa. Entretanto, num decorrer evolutivo e após a eliminação do material ovular, ocorre redução do sangramento e as cólicas interrompem. A USG é importante para identificar o útero vazio e confirmar o aborto completo. Pode apresentar, também, imagens sugestivas de coágulos (RICCI, 2008; BRASIL, 2011a; LOWDERMILK, PERRY, CASHION e ALDEN, 2013).

O abortamento retido ou oculto é aquele que se caracteriza por retenção dos produtos mortos da concepção no interior do útero, sem alteração da cérvix, ou seja, não há dilatação do colo do útero. Nestes casos, há regressão dos sinais e sintomas da gestação e não há perda sanguínea, o útero mantém seu tamanho ou pode diminuir. A USG é necessária para confirmar a ausência dos batimentos cardio-fetais (BCF) ou, até mesmo, a presença de saco gestacional com ausência do embrião (gravidez anembrionada). Pode ocorrer o abortamento retido sem ser precedido pelos sinais de ameaça (RICCI, 2008; BRASIL, 2011a; LOWDERMILK, PERRY, CASHION e ALDEN, 2013).

O abortamento recorrente ou habitual é quando a mulher apresenta três ou mais interrupções, espontâneas e sucessivas, de gestação, antes da 22.^a semana. Nestes, 50% dos casos não possuem causas identificáveis, os outros são associados a fatores, tais como: endocrinopatias (incluindo defeito na fase luteínica, insuficiência progesterônica, ovário policístico, hipersecreção do hormônio luteinizante – LH), insuficiência istmo-cervical, fatores genéticos, infecciosos, desordem trombofílicas, má formação uterina, tabagismo, uso de álcool, uso indiscriminado de cafeína, entre outros. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar, a termo, uma gestação e secundário quando chegou a uma gravidez a termo. O diagnóstico é possível através da realização de um exame físico acurado e coleta de história pregressa. A propedêutica e tratamento se iniciam antes da gravidez (BRASIL, 2011a; LOWDERMILK, PERRY, CASHION e ALDEN, 2013).

O abortamento infectado (séptico) é usualmente decorrente de manipulações inadequadas e inseguras (más condições técnicas) para induzir a interrupção da gravidez (aborto induzido). O processo infeccioso é polimicrobiano, em geral, decorrente das bactérias da flora vaginal da mulher acometida. É um quadro de gravidade, que requer cuidado imediato, o tratamento deve ser implementado independente da vitalidade do feto. Os principais sinais e sintomas são: elevação da temperatura, abdome distendido e altamente sensível à manipulação (pensar na possibilidade de perfuração

uterina). Contudo, o que mais fica evidente é o sangramento de odor fétido, acompanhado de dores abdominais e eliminação de exsudato purulento através do colo uterino. Exames laboratoriais são necessários, tais como: hemograma completo com contagem de plaquetas, coagulograma, hemocultura, cultura de secreção vaginal e material endometrial, USG, raio X, entre outros (BRASIL, 2011a; LOWDERMILK, PERRY, CASHION e ALDEN, 2013).

Lowdermilk, Perry, Cashion e Alden (2013) referem que os possíveis diagnósticos de enfermagem, nos casos de *aborto espontâneo*, incluem e relacionam-se em: Ansiedade ou medo por resultado desconhecido e falta de familiaridade com os procedimentos médicos; Volume deficiente de fluido por sangramento excessivo secundário ao aborto; Dor aguda por contrações uterinas; Luto antecipatório por resultado inesperado da gravidez; Autoestima situacional baixa por incapacidade em manter, com êxito, a gravidez até o termo e Risco de infecção por tratamento cirúrgico e cérvix dilatada. Nos casos de *aborto induzido* (eletivo), incluem e relacionam-se em: Decisão de conflito (pelos valores); Medo (procedimentos, complicações potenciais, implicações para futuras gestações, julgamentos de terceiros); Luto antecipatório (angústia da perda ou sentimento de culpa); Risco de infecção (efeitos do procedimento, falta de compreensão dos cuidados pré e pós-operatórios) e dor aguda (efeitos do procedimento ou eventos operatórios).

As Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2011b) determinam que o atendimento a mulher deva ser norteado pela percepção ampliada de seu contexto de vida, nas suas demandas específicas, suas singularidades e enquanto sujeito responsável por suas escolhas. No que diz respeito aos prestadores de serviço e as práticas em saúde, as diretrizes apontam para um cuidado humanizado que contemple o estabelecimento de relações com pessoas e suas singularidades (sejam econômicas, raciais, religiosas, sexuais etc), assim como, para o respeito das diferenças, não discriminação e a não imposição de valores e crenças pessoais. A humanização do cuidado compreende atitudes e comportamentos que contribuam para reforçar os direitos em saúde, o acesso à informação e a ampliação das possibilidades de escolha (BRASIL, 2011b). Como objetivos gerais, a Política supracitada, traz a contribuição para a redução da mortalidade da mulher no Brasil, especialmente por causas evitáveis (caso do abortamento), assim como, a ampliação, qualificação e humanização da

atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS), direcionando este ponto, em seus objetivos específicos e estratégias, para a atenção a mulher em situação de abortamento (BRASIL, 2011b).

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para um atendimento, humanizado e de qualidade, às mulheres em situações de abortamento. É o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, além do acesso e a resolubilidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a). Para Espírito-Santo e Vieira (2007), a partir das diretrizes ministeriais, deve-se mudar a forma de enfrentar o aborto no Brasil, prevendo um modelo de atendimento com foco no acolhimento e orientação. Com isso, a proposta oferece uma melhoria nas condições de assistência, buscando atender as necessidades de saúde emocional e física das mulheres. É sabido que se o atendimento prestado a mulher vier carregado de julgamentos de valor, e isso é comum, ele pode acarretar consequências negativas. As autoras (*Op. cit.*, 2007), numa pesquisa realizada com profissionais de saúde, se viram diante da realidade de que os profissionais se referem ao atendimento à mulher, em situação de abortamento, de forma indiscriminada, isto é, igual para todas, sem distinção. A base para esta assertiva é de que o atendimento é feito ao corpo biológico e que, sendo assim, todos são iguais (independente do contexto). Entretanto, existem diferenças no atendimento quando a situação de abortamento é espontânea e quando é provocada (quando o contexto determina ações diferenciadas – e discriminatórias – por parte dos profissionais).

A forma como cada mulher é vista pelo profissional vai resultar em atendimentos diferenciados. A orientação, tão fundamental no atendimento as situações de abortamento, pode ser oferecida a uma mulher e a outra não. O estereótipo da mulher desinformada, que provoca o aborto, faz com que alguns profissionais trabalhem com orientação. Em outros casos, as mulheres podem receber alta hospitalar sem ter recebido nenhum tipo de orientação. A formação profissional pode ser um fator dificultante, principalmente, quando a proposta pedagógica centra-se no caráter biologicista. Nestes casos, limita-se o cuidado as questões corporais, com a orientação relegada a outro plano (não como parte integrante), podendo ou não ser realizada, com base na facilidade ou dificuldade em abordar aspectos orientacionais a mulher. As orientações num atendimento pós-aborto devem ser pautadas no planejamento reprodutivo, tanto no sentido de anticoncepção como de concepção (ESPÍRITO-SANTO e VIEIRA, 2007 e BRASIL, 2011a).

Espírito-Santo e Vieira (2007) asseveram que valores pessoais (do profissional) não devem ter impacto no cuidado oferecido. Reconhecer que esta tarefa é árdua pode auxiliar o profissional a enfrentar melhor a situação, pois ficará mais atento a comportamentos discriminatórios, evitando situações de violência institucional. Infelizmente, as autoras (*Op. cit.*, 2007), constataram que os profissionais não se colocam no papel de oferecer orientação e educação sobre contracepção. Outro aspecto preponderante refere-se à questão dos valores religiosos. Ele surge nos discursos dos profissionais como argumento contra o aborto, até mesmo nos casos previstos pela Lei. Neste aspecto, Cavalcante e Xavier (2008), apoiando-se em Maria José Rosado Nunes, pontuam que em Estados democráticos, as crenças religiosas jamais devem influenciar a política e a legislação (laicidade do Estado – posicionamento que se compartilha neste artigo). A preocupação com a banalização da realização do procedimento é outro ponto apontado pelos profissionais, quando abordada a descriminalização do aborto. O argumento da banalização é contestado por especialistas e refutado na Declaração de Amsterdã sobre aborto.

Lauriano (2009) deparou-se, a partir de vivências relatadas por mulheres, com a violência institucional. A partir de sua dissertação de mestrado, observou que a violência, perpetrada pelas instituições, é iniciada, desde o primeiro atendimento, nas unidades de saúde, podendo seguir até a internação. Não se referiu, apenas, a violência exercida pelos profissionais de saúde (que ferem os direitos reprodutivos da mulher, desde a *anamnese* até os pré-julgamentos realizados), mas também ao papel (não exercido) do Estado em oferecer suporte básico para atendimento, tais como oferta de vagas e realização de exames complementares.

Espírito-Santo e Vieira (2007) perceberam insegurança ao tratar do conhecimento sobre as situações previstas na Lei quando se trata do aborto. Elas apontam para o pouco interesse do profissional em conhecer este aspecto do seu trabalho (muito embora, alguns profissionais expressem preocupação com a mulher que se submete a realização do aborto de forma clandestina e, por conseguinte, insegura), assim como, a pouca importância dada aos aspectos legais da prática em saúde nos cursos de graduação. Um ponto positivo é que, a despeito da formação centrada na biologia e clínica, os profissionais consideram o sofrimento como um aspecto relevante no atendimento à mulher. Mas, sentem-se despreparados para lidar com esta questão, comprometendo sua relação com a mulher. Além disso, esta situa-

ção aponta para a necessidade de profissionais melhor preparados para o atendimento integral e, sobretudo, a incorporação de outros profissionais para um atendimento multiprofissional às mulheres em situação de abortamento.

Espírito-Santo e Vieira (2007) assinalam a importância em se pensar estratégias que possam ser adotadas em instituições formadoras, no sentido de qualificar a preparação de profissionais para atuação junto à mulher. Uma formação que contemple, também, a legislação brasileira no que concerne ao aborto, mas num sentido de avaliar como estas informações estão sendo trabalhadas. As autoras valorizam também a atuação de profissionais do campo da psicologia, pois possuem qualificação específica para lidar com os aspectos emocionais das mulheres. Cavalcante e Xavier (2008), com argumentos contíguos aos de Humberto Costa e Carmen Lúcia Luiz, reforçam que profissionais de saúde devem rever suas concepções e atitudes no que concerne ao tema aborto, pois muitos possuem visão preconceituosa e conservadora, sendo algozes das mulheres.

Mariutti, Almeida e Panobianco (2007) ponderam que a prática de saúde baseada no modelo biologicista não consegue atender as necessidades integrais da mulher em situação de abortamento. Não basta cuidar do corpo físico apenas, há de se respeitar a integralidade do cuidado e a autonomia das mulheres. Para além, compreender o aborto no contexto existencial. Defendem que os profissionais de enfermagem devem buscar a conscientização do seu papel no controle social e na garantia dos direitos daqueles que cuidam, independente das situações apresentadas, uma vez que são sujeitos que operacionalizam e dão sentido ao corpo e qualidade às políticas públicas. A qualidade da atenção implica em um esforço integrado e sinérgico de todos os níveis gestores, com oferta de serviços que garantam: acolhimento, escuta qualificada, informação, orientação, aconselhamento, competência profissional e tecnologia apropriada disponível. Além disso, relacionamento pessoal pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos, sem julgamentos (BRASIL, 2011a).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As situações de abortamento se caracterizam em questões singulares, pois, para além da necessidade de um cuidado especializado, é um

fenômeno complexo que envolve múltiplos fatores. Um deles é que estas situações estão no interior de um debate fértil em nossa sociedade, ou seja, aquele relacionado às questões do aborto e das condições de legalidade, ilegalidade, direito à vida e saúde pública. A insigne correlação entre a espontaneidade do abortamento *versus* sua condição induzida caminha a par e passo com a mulher que vivencia o processo, assim como, as pessoas do seu entorno. Assim, é valioso discutir o fenômeno do abortamento, com base em referências de cuidado humanístico, tendo os profissionais de enfermagem um papel fundamental neste contexto. Principalmente, quando se dá relevo à atenção em saúde livre de violência, discriminação e julgamentos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília (DF), 2011a.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF), 2011b.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília (DF), 2009.

_____. Projeto de Lei n.º4360. Dispõe sobre o acréscimo do inciso ao artigo 128 do Decreto-Lei n.º2.848, de 07 de dezembro de 1940. Brasília (DF), 2004.

CAVALCANTE, Alcilene e XAVIER, Dulce (orgs). Aborto: uma visão humanística. Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. Estudos feministas. 16(2):691-713, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º1.989, de 14 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção I, p.308-9.

ESPÍRITO-SANTO, Patrícia Franco e VIEIRA, Elisabeth Meloni. Percepções sobre o aborto: um estudo com profissionais de saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 1(2):213-9, 2007.

LAURIANO, André Guayanaz. Relação da violência na gestação e o processo de abortamento: uma perspectiva da gestante. Dissertação (mestrado). Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. 2009.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E; CASHION, Kitty e ALDEN Kathryn Rhodes Alden. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. Tradução da 10.^a edição: Maiza Ritomy Ide. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Rev Latino-am Enfermagem*. janeiro-fevereiro; 15(1), 2007.

MEDEIROS, Ana Lúcia; LANDIM, Leila Paes; SOUSA, Maria Clemilde Mouta; CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima; SANTOS, Sérgio Ribeiro. Interpersonal relations among Professional care and women with experience of abortion in hospital environment. *J Nurs UFPE on line*. 7(2):452-9, 2013.

RICCI Susan Scott. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Trad. Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Argüição de descumprimento de preceito fundamental 54. Distrito Federal. Inteiro teor do acórdão. 12 de abril de 2012. 433p.