

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

NYCKOLLY DOS SANTOS MACHADO

ABORTAMENTO: UMA QUESTÃO DE ÉTICA, EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

VITÓRIA
2013

NYCKOLLY DOS SANTOS MACHADO

ABORTAMENTO: UMA QUESTÃO DE ÉTICA, EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para Obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Dr. Livia Perasol Bedin.

VITÓRIA
2013

NYCKOLLY DOS SANTOS MACHADO

ABORTAMENTO: UMA QUESTÃO DE ÉTICA, EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de Junho de 2013, por:

Profª Drª. Lívia Perasol Bedin, FCSES – Orientador

Profª Ilana Martins, FCSES.

Enfª Ana Christina dos Santos, HEIMABA.

Para Meu Pai Narciso e minha Mãe Kathy, que apesar de todas as dificuldades impostas pela vida, nunca deixaram de me apoiar, amar e confiar em minhas escolhas e sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, porque sem ele, jamais teria chegado até aqui.

À toda a minha família, que me apoiou e torceu por mim, em especial a meus pais, que além de apoiarem, aguentaram meus momentos de pânico, preocupação e nervosismo.

À minha orientadora, Professora Doutora Lívia, que me ajudou e me incentivou a continuar, sem ela não teria conseguido chegar até a conclusão deste trabalho, que no início era apenas uma palavra.

Aos todos os amigos que fiz durante a faculdade, em especial a Fabiana, que sempre falava que eu ia conseguir; a Tamara uma das primeiras amizades que fiz aqui, e que pretendo levar para toda a vida; a Taís, minha Bee, porque foi com ela que eu ri, me desesperei e principalmente aprendi muito; a Dalila, a tia do grupo, que sempre animou e mostrou uma confiança em mim que muitas vezes eu mesma não tinha; a Erica que me fez rir muito e me distrair quando eu já não aguentava mais; e a Samira, por ser uma pessoa extremamente iluminada e alegre que mesmo quando esta com muitos problemas, sempre se dispõe a ajudar. E a todos os outros que fizeram parte desta jornada, eu agradeço e parablenizo, afinal, nós conseguimos.

À todos os professores, que com paciência e dedicação contribuíram para minha formação e principalmente para as professoras enfermeiras que com suas experiências e relatos, me fizeram ganhar um amor muito grande pela Enfermagem. Em especial para aquelas que estiveram durante tanto tempo com toda a minha turma e se tornaram tão especiais: Ingrid, Giovanna, Tarsila, Claudia, Lívia, Ilana, Tatiane, Luciene e Jaciele.

À Vanessa, que sempre me deu opiniões sinceras e por vezes engraçadas. E que é muito mais que uma amiga, é minha irmã, uma irmã que eu escolhi.

À Thairine, que se mostrou sempre muito empolgada com tudo o que eu lhe falava sobre meu trabalho. Por mais longe que você esteja ou por mais tempo que se passe, sempre terei você como uma das pessoas mais importantes da minha vida.

E a todos meus outros amigos, em especial a Laíza, que compartilharam comigo essa jornada e torceram por mim.

Não preciso que aprovelem minhas escolhas,
só quero que as respeitem.

Um sonho possível (2010)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo principal compreender o papel do enfermeiro na assistência a mulher que passou por um abortamento, sendo também os objetivos específicos conhecer a legislação existente no Brasil sobre a realização do abortamento, conhecer os tipos de abortamentos e suas classificações e compreender o cenário do abortamento no Brasil. O presente estudo teve como metodologia escolhida a pesquisa bibliográfica, sendo pesquisadas publicações referentes ao tema na Biblioteca Virtual de Saúde e na ferramenta Google acadêmico, totalizando-se um total de 47 artigos selecionados e analisados para a redação do trabalho. Foi concluído com o final do trabalho que os abortamentos podem ser classificados em espontâneos e provocados, tendo diversas outras subdivisões entre esses dois grupos. A Legislação Brasileira não pune o abortamento provocado como o único meio de salvar a vida da gestante e em casos de estupro, sendo possível também a realização de abortamentos em gestações onde há anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina, desde que se tenha uma autorização judicial para tal realização. Foi verificado que o abortamento no Brasil tem se tornado uma questão de saúde pública, e que quanto mais carente a mulher, mais riscos ela corre ao se expor a abortamentos clandestinos, e conseqüentemente ter complicações que podem acarretar a morte. Notou-se também que entre adolescentes não se tem o hábito de usar preservativos durante as relações sexuais e quando essa adolescente engravida, recorre ao abortamento como uma forma de contracepção. A assistência de enfermagem a mulher em abortamento tem sido realizada de forma diferente, onde o cuidado prestado varia de acordo com a etiologia do abortamento, sendo que em abortamentos espontâneos a assistência de enfermagem é realizada de maneira a dar o total apoio e conforto a mulher, já nos abortamentos provocados a assistência é prestada de forma bruta, onde a discriminação e os julgamentos a essa mulher prevalecem e se sobrepõe aos cuidados, que também são realizados de forma a punir a mulher pelo ato cometido.

Palavras-chave: Abortamento. Assistência de Enfermagem no abortamento. Aborto. Legislação Brasileira referente ao aborto. Aborto no Brasil.

ABSTRACT

This study aimed to understand the role of the nurse in assisting the woman who has an abortion, and also meet the specific objectives of the existing legislation in Brazil on the completion of abortion, know the types of abortions and their ratings and understand scenario of abortion in Brazil. The present study was the chosen methodology literature, being researched publications on the subject in the Virtual Health Library and Google Scholar tool, amounting to a total of 47 articles selected and analyzed for the writing of the paper. Was completed with the end of the work that abortions can be classified into spontaneous and induced, and several other subdivisions between these two groups. Brazilian law does not punish induced abortion as the only means of saving the mother's life or in cases of rape, being also possible to carry out abortions in pregnancies where there is fetal anomalies incompatible with life outside the uterus, since it has judicial authorization for such an achievement. It was found that the abortion in Brazil has become a public health issue, and that the poorer the woman, the more risks she runs to get exposed to clandestine abortions, and consequently have complications that can lead to death. It was also noted that adolescents do not have the habit of using condoms during sex and when this teenager gets pregnant, uses abortion as a form of contraception. The nursing care to women in abortion has been performed differently, where the care provided varies according to the etiology of abortion, and spontaneous abortions in nursing care is carried out so as to give full support and comfort to women already caused abortions in assistance is provided on a gross basis, where discrimination and judgments that woman prevail and overlaps care, which are also made in order to punish her for the act committed.

Keywords: Abortion. Nursing Care in abortion. Abortion. Brazilian legislation on abortion. Abortion in Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Órgãos genitais femininos externos.....	18
Figura 2 – Órgãos genitais femininos internos.....	22
Figura 3 – O Ciclo menstrual.....	28

LISTA DE SIGLAS

GnRH - Hormônio Liberador de Gonadotropina

LH - Hormônio Luteinizante

FSH - Hormônio folículo-estimulante

hCG - Gonadotrofina Coriônica Humana

hPL – Lactogênio Placentário Humano

IG – Idade Gestacional

Amiu – Aspiração Manual Intrauterina

DUM – Data da última menstruação

OMS – Organização Mundial da Saúde

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

HAD - *Hospital Anxiety and Depression*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA GENITAL FEMININO.....	17
2.1.1 Órgãos genitais externos.....	17
2.1.2 Órgãos genitais femininos internos.....	18
2.1.2.1 Vagina.....	18
2.1.2.2 Útero.....	19
2.1.2.3 Tubas uterinas.....	20
2.1.2.4 Ovário.....	21
2.2 CICLOS REPRODUTIVOS FEMININOS.....	22
2.2.1 Hormônios.....	22
2.2.2 Ciclo ovariano.....	23
2.2.2.1 Fase Folicular.....	24
2.2.2.2 Ovulação.....	25
2.2.2.3 Fase Lútea.....	25
2.2.3 Ciclo Menstrual.....	26
2.2.3.1 Fase menstrual.....	27
2.2.3.2 Fase Proliferativa.....	28
2.2.3.3 Fase Secretora.....	28
2.3 GRAVIDEZ	29
2.3.1 Estágio pré-embrionário.....	29
2.3.2 Estágio embrionário.....	30
2.3.3 Estágio fetal.....	31

2.4 ABORTAMENTO.....	32
2.4.1 Classificação dos abortamentos.....	32
2.4.1.1 Abortamento espontâneo.....	33
2.4.1.2 Ameaça de abortamento.....	33
2.4.1.3 Abortamento completo.....	34
2.4.1.4 Abortamento incompleto.....	35
2.4.1.5 Abortamento inevitável.....	36
2.4.1.6 Abortamento infectado.....	36
2.4.1.7 Abortamento Retido.....	37
2.4.1.8 Abortamento habitual.....	37
2.4.1.9 Abortamento eletivo.....	39
2.4.1.10 Abortamento eletivo previsto em lei.....	39
2.4.1.10.1 Abortamento médico ou Farmacológico.....	40
2.4.1.10.2 Abortamento cirúrgico.....	40
2.4.1.11 Abortamento seletivo.....	41
2.5 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM REFERENTE AO ABORTO.....	41
2.5.1 Código penal.....	41
2.5.2 Código civil.....	45
2.5.3 Ministério da Saúde e Código de Ética de Enfermagem.....	45
2.6 A SITUAÇÃO DO ABORTAMENTO ILEGAL E INSEGURO NO BRASIL.....	47
2.6.1 O uso do Misoprostol no abortamento ilegal.....	51
2.7 SENTIMENTOS VIVENCIADOS NO PROCESSO DE ABORTAMENTO.....	53
2.8 O ABORTAMENTO NA ADOLESCENCIA.....	56
2.9 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO ABORTAMENTO.....	58

2.10 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E O ABORTAMENTO: OPINIÃO E CUIDADO.....	63
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	79

1 INTRODUÇÃO

O sistema reprodutor feminino é constituído por estruturas externas e internas, sendo definido como o conjunto de órgãos responsáveis pela reprodução na mulher. O início do desenvolvimento humano começa com a fecundação, que ocorre quando um espermatozóide se funde a um óvulo originando, assim, um ovo. (DANGELO; FATTINI, 2009; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2011; MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Segundo Dangelo e Fattini (2009, p. 150), quando se vê exclusivamente a reprodução, nota-se que o organismo da mulher é mais complexo nesse aspecto do que o organismo masculino, fato explicado pela existência de mais de um órgão e função, a de abrigar e propiciar o desenvolvimento de um novo ser.

O abortamento é definido como “a expulsão do ovo antes de 22 semanas de gestação ou com o concepto pesando <500g” (MONTENEGRO; REZENDE, 2011, p. 354) e possuem causas variadas e indeterminadas, podendo ser espontâneo ou provocado. As formas clínicas de abortamento ainda podem ser classificadas em: ameaça de abortamento, abortamento inevitável, abortamento completo, abortamento incompleto, abortamento infectado, abortamento retido e abortamento habitual. Entre os abortamentos como forma de interromper a gravidez se encontram o abortamento médico, cirúrgico, provocado e o eletivo (BRASIL, 2010; 2011; MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

No Brasil, o aborto é considerado um crime delito, sendo classificado pelo Código Penal Brasileiro como um crime contra a vida e é passível de pena, porém em casos nos quais não há outra forma de salvar a vida da gestante ou em caso de estupro, o abortamento não é punido ou em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina o abortamento não é penalizado se houver uma autorização expedida pelo Poder Judiciário para a interrupção dessa gestação (BRASIL, 2011; DUARTE et al., 2010; REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

Estima-se que cerca de mais de um milhão de abortamentos induzidos ocorram por ano somente no Brasil, fazendo com que este se encontre entre as principais causas de morte materna no país, porém, apesar de se ter um número tão elevado, a subnotificação dos dados faz com que uma estimativa real não possa ser realizada,

pois as mulheres que provocam o abortamento de forma ilegal em geral escondem o fato, entretanto, sabe-se que a mortalidade materna decorrente do aborto tem seus índices mais elevados entre a população de mulheres pobres e marginalizadas, fato explicado pelo contexto de ilegalidade em que o mesmo se insere o que faz com que as mulheres busquem na clandestinidade meios de realizar o abortamento e, em consequência disso, podem sofrer sequelas irreversíveis e complicações durante o ato que podem levar à morte (BRASIL, 2011; FAÚNDES et al. 2004).

Com o uso do misoprostol (Cytotec) como medicamento abortivo, notou-se que as complicações como infecções e hemorragias em decorrência do abortamento diminuiriam. Apesar do uso, o abortamento através de medicamentos é proibido no Brasil, salvo em casos de abortamento legal, todavia se tem um comércio ilegal de medicamentos abortivos, sendo o misoprostol o mais “popular” (DINIZ; CASTRO, 2011; MENEZES; AQUINO, 2009).

O abortamento provocado tem sido muito realizado também entre adolescentes que ao se deparar com uma gravidez indesejada optam por um aborto provocado como um meio de contracepção, mesmo sabendo que essa prática encontra-se em um contexto de ilegalidade (CORREIA et al., 2009; SOUZA et al., 2001).

A gravidez tem um significado pessoal para cada mulher, que varia de acordo com a personalidade de cada uma, podendo gerar sentimentos de alegria e felicidade quando a gestação é esperada, e quando essa gestação é interrompida por um abortamento espontâneo a mulher pode vivenciar sentimentos de fracasso pessoal e alterações na identidade. Quando a gestação não é aceita e através do abortamento se procura terminá-la, e cabe ao profissional entender que existem diversos motivos particulares para que a escolha de abortar tenha sido tomada, que podem ir desde questões sociais e financeiras até a violência sexual (BENUTE et al., 2009).

A abordagem dos profissionais de saúde relacionada ao tema do aborto é muitas vezes fortemente influenciada por questões morais individuais e a religiosidade, o que torna a compreensão do tema como um problema social, devido à clandestinidade, muito mais difícil (SOARES, 2003).

A diferença do atendimento prestado pelo profissional em casos de mulheres que chegam ao serviço de saúde com diagnóstico de abortamento incompleto, no qual onde o profissional sabe que o abortamento, em determinados casos, foi provocado

é relatado por Aguirre e Urbina (apud SOARES, 2003), que destacam que a conduta do profissional se torna punitiva.

O atendimento à mulher em processo de abortamento deve ser pautado além de tudo na ética e nos princípios de igualdade, liberdade e dignidade que todo ser humano tem como direito (BRASIL apud SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010). Quando a enfermagem age de maneira ética, ela está respeitando o paciente e prestando um cuidado mais humanizado (BEAUCHAMP; CGILDRESS apud SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010).

É necessário que a enfermagem, ao se deparar com um caso de abortamento, volte seu cuidado para a mulher, desapegando-se de crenças e valores pessoais, evitando julgar a paciente e, assim, oferecer um cuidado digno, respeitoso, holístico e humanizado (SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010).

O seguinte trabalho teve como tipo de estudo escolhido a pesquisa bibliográfica que segundo GIL (2010), é realizada com base em um material já publicado. A pesquisa bibliográfica tem como cenário principal da sua coleta de dados a própria bibliografia já existente sobre o tema que se pretende pesquisar (TOZONI-REIS, 2009).

A busca dos periódicos utilizados no presente trabalho foi realizada através de pesquisas online na Biblioteca Virtual em Saúde, tendo como base de dados: LILACS (Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), através da ferramenta Google Acadêmico e em levantamentos de material no site do Ministério da Saúde. Foram utilizados os descritores: Abortamento. Aborto, Assistência de enfermagem ao abortamento. Legislação Brasileira referente ao aborto. Aborto no Brasil.

Os artigos pesquisados foram escolhidos conforme o assunto principal e o ano de publicação, sendo excluídos aqueles cuja data era inferior ao ano 2000 e as publicações selecionadas que tiveram relação com o tema proposto foram dos anos 2000 à 2012, sendo as dos anos de 2009, 2010 e 2011 em maior quantidade. Após análise do material, foi realizada a leitura cuidadosa dos periódicos. Ao total foram selecionados 47 artigos referentes ao tema que se enquadravam nas condições determinadas acima, e destes, 8 relatavam sobre o sentimento vivido no processo de abortamento, 5 sobre o aborto entre adolescentes, 17 tratavam o aborto de forma

geral, tendo focos diferentes entre eles, 3 trabalhavam a questão da legislação do aborto, 14 tinham seu foco voltado para a enfermagem e os profissionais de saúde.

O objetivo geral do trabalho foi compreender o papel do enfermeiro na assistência à mulher que passou por um abortamento. De forma específica teve-se como objetivos conhecer a Legislação existente no Brasil sobre a realização do abortamento; conhecer os tipos de abortamentos e suas classificações e, através dos artigos levantados, compreender o cenário do abortamento no Brasil.

A realização do trabalho e escolha do tema se deu pela relevância que o abortamento tem no cotidiano da assistência de enfermagem que é prestada a mulher, pela atualidade do assunto e pela necessidade de se conhecer mais a fundo um assunto que é pouco discutido durante a vida acadêmica. Segundo Diniz (2007), tem-se poucos estudos relacionados ao aborto no Brasil, fato que é explicado pelo contexto de ilegalidade e imoralidade em que o mesmo está inserido, Ambros, Recchia e Recchia A. J. (2008) relatam ainda que tal tema é considerado polêmico pois o direito à vida se envolve nele.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA GENITAL FEMININO

O sistema reprodutor feminino é constituído por estruturas externas e internas. É definido como o conjunto de órgãos encarregados da reprodução na mulher, assim como no sistema genital masculino. Os órgãos que compõem esse aparelho reprodutor consistem nos ovários e nas tubas uterinas, que são em número de dois, no útero, na vagina, e genitália externa, tendo como função produzir os ovócitos (gametas femininos) e manter a gestação, desde o ovócito fertilizado, até o nascimento (DANGELO; FATTINI, 2009; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2011; SMELTZER et al. 2009).

Segundo Dangelo e Fattini (2009, p. 150), quando se vê exclusivamente a reprodução, nota-se que o organismo da mulher é mais complexo nesse aspecto do que o organismo masculino, fato explicado pela existência de mais de um órgão e função, a de abrigar e propiciar o desenvolvimento de um novo ser.

2.1.1 Órgãos genitais externos

De acordo com os autores Dangelo e Fattini (2009), pode-se denominar os órgãos genitais externos em seu todo como vulva ou pudendo feminino.

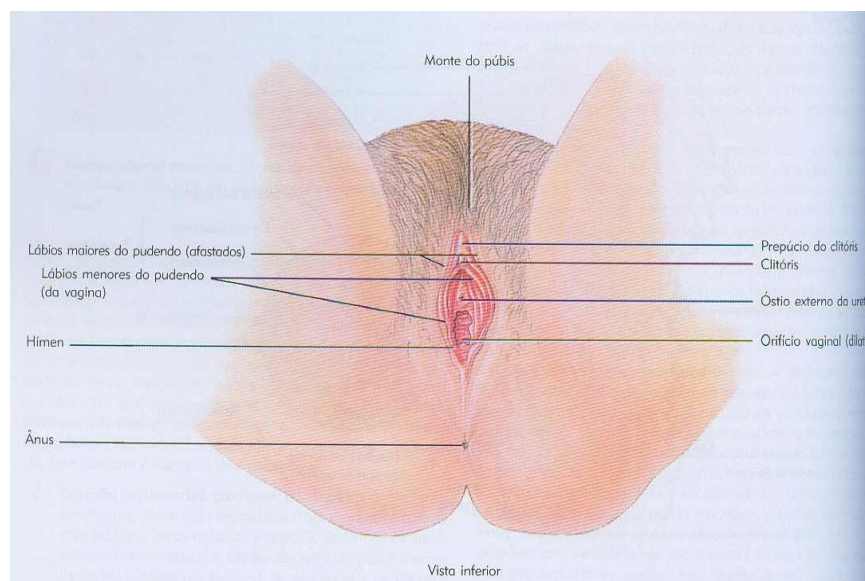
Smeltzer e colaboradores (2009), descrevem a genitália feminina, relatando que a vulva inclui os grandes lábios, os pequenos lábios que ficam dentro dos grandes lábios, o clitóris que é parcialmente revestido pelos pequenos lábios, logo abaixo o meato urinário, com aproximadamente 3 cm de comprimento e o períneo, que é uma região situada entre a vagina e o reto. Os autores ainda afirmam que em cada lado do orifício vaginal possui uma estrutura com tamanho semelhante a um caroço de feijão, essa estrutura é chamada de glândula vestibular (de Bartholin), que através de um pequeno ducto elimina sua secreção mucosa.

Durante o coito, essas glândulas vestibulares maiores são comprimidas e secretam um muco que é responsável por lubrificar a porção inferior da vagina, e as glândulas vestibulares menores tem seus ductos se abrindo no vestíbulo, entre os óstios da

uretra e da vagina. De modo geral, essas glândulas produzem secreção nos momentos que antecedem o coito e durante ele, visando tornar as estruturas úmidas e propícias à relação sexual (DANGELO; FATTINI, 2009).

O monte púbico também é parte constituinte da vulva, e é definido como “[...] uma elevação mediana, anterior à sínfise púbica e constituída principalmente de tecido adiposo. Apresenta pêlos espessos após a puberdade, com distribuição característica” (DANGELLO; FATTINI, 2009, p. 154).

Figura 1 - Órgãos genitais femininos externos



Fonte: TORTORA (2000, p.536)

2.1.2 Órgãos genitais femininos internos

A vagina, o útero, as tubas uterinas ou trompas de Falópio e um par de gônadas, os ovários, compõem o conjunto dos órgãos genitais femininos internos (MOORE; DALLEY, 2001; REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

2.1.2.1 Vagina

Dangelo e Fattini (2009) mencionam que a vagina é o órgão de coito na mulher. Definição esta que foi também utilizada por Tortora (2000), que ainda acrescenta que a mesma também serve como uma passagem para excretar os produtos da

menstruação e para o feto e ainda destaca que a mucosa vaginal é ácida, o que faz com que o crescimento bacteriano seja retardado.

Smeltzer e outros (2009) ainda acrescentam que a vagina tem cerca de 7,5 a 10 cm de comprimento e vai desde a vulva até a cérvix, é um canal revestido por mucosa, tendo a bexiga e a uretra localizadas antes da mesma, e o reto se localiza após a vagina.

A vagina normalmente tem suas paredes colabadas, fazendo com que suas paredes anteriores e posteriores fiquem em contato, exceto na sua extremidade superior, onde o colo do útero as mantém separadas e se comunica em sua parte superior com a cavidade uterina pelo óstio do útero e, inferiormente, abre-se no vestíbulo da vagina através do óstio da vagina (DANGELO E FATTINI, 2009; MORRE ; DALLEY, 2001).

No óstio da vagina, que é a abertura do órgão para o exterior, pode haver uma fina membrana mucosa denominada de hímen que recobre parcialmente esse óstio. O hímen é uma membrana de tecido conjuntivo, é formado por mucosa interna e externamente, é variável em forma e tamanho, geralmente tendo abertura única, podendo-se também ser cribiforme, em condições raras há uma imperfuração ou agenesia do hímen. O mesmo, após dilaceração ou ruptura de sua membrana, tem apenas pequenos fragmentos restantes no local de sua inserção, estes fragmentos levam o nome de carúnculas himenais (DANGELO E FATTINI, 2009; TORTORA, 2000).

2.1.2.2 Útero

O útero é o órgão no qual o embrião é abrigado e se desenvolve sendo nutrido até o seu nascimento. A mucosa uterina é responsável por abrigar o embrião e a camada muscular do útero é responsável pela expulsão do feto. (DUMM, 2006)

Ao referir-se sobre este assunto, Smeltzer e colaboradores (2009, p. 1365) dizem que o útero possui formato semelhante a um pêra, com cerca de 7,5 cm em seu comprimento e 5 cm em largura na parte superior. A espessura das paredes uterinas é aproximadamente 1,25 cm de espessura e, dependendo do número de gravidezes viáveis ou presença de anormalidades no útero, esse tamanho pode

variar. Uma mulher que nunca levou uma gestação a termo tem um útero menor do que uma mulher que teve duas ou mais gestações.

Esse órgão aloja o embrião e permite que o mesmo se desenvolva até o nascimento. O útero é envolvido pelo ligamento largo e é dividido em quatro partes: fundo, corpo, istmo e cérvix. O corpo uterino se comunica em cada lado com as tubas uterinas e estende-se até o istmo. O fundo uterino se situa no corpo uterino, logo acima da parte comunicante com as tubas uterinas. O colo do útero ou cérvix é a parte que faz projeção na vagina (DANGELO; FATTINI, 2009).

O corpo uterino é constituído de três camadas ou lâminas: o perimétrio, o miométrio e o endométrio. A camada externa ou perimétrio é representada pelo peritônio. A camada média ou miométrio é composto de fibras musculares lisas e constitui a maior parte da parede uterina. A camada interna é o endométrio, que sofre modificações, tanto no ciclo menstrual, no ciclo uterino e também durante a gravidez (DANGELO; FATTINI, 2009; MOORE; DALLEY, 2001).

Durante a gravidez e no pós-parto o útero sofre diversas modificações, sendo que seu tamanho aumenta durante a gestação, suas células sofrem uma hiperplasia e uma hipertrofia. Após o parto, ocorre uma involução uterina, de forma gradativa o útero reduz seu tamanho e, ao final dessa involução, encontra-se com aproximadamente as mesmas dimensões de antes da gravidez (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2011).

2.1.2.3 Tubas uterinas

As tubas uterinas, também conhecidas como Trompas de Falópio ou ainda de ovidutos, possuem grande mobilidade, são responsáveis por levar os óvulos dos ovários para o útero. Suas extremidades são compostas pelo infundíbulo, que possui prolongamentos denominados de fímbrias, ele se abre próximo ao ovário, a outra extremidade se abre no interior do útero e é chamada de intramural (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2011).

Ao referir-se sobre tal assunto Smeltzer e outros (2009) comentam que as tubas uterinas são divididas em quatro partes: uterina, istmo, ampola e infundíbulo, sequência esta seguida do útero para o ovário. Essa tuba está fixada junto ao

ligamento largo do útero, e se caracteriza por ser um tubo estreito, que tem a parte medial em comunicação com a cavidade uterina e a parte lateral mais extrema em comunicação com a cavidade peritoneal.

Dumm (2006) relata que ocorre o aumento no peristaltismo das tubas em direção do útero no período peri-ovulatório, é nesse momento que as fimbrias ficam em contato com o ovário para capturar o ovócito, por meio de um mecanismo de sucção, que é produzido pelo peristaltismo da tuba. As células ciliadas tem a função de contribuir para o transporte dos ovócitos através dos cílios, do infundíbulo e da ampola, que se movem em direção do útero.

Comumente a fertilização ocorre dentro da tuba e, ocasionalmente um óvulo já fecundado pode fixar-se na tuba uterina, e começar a desenvolver um embrião, ocasionando uma gravidez tubária, ou ectópica (DANGELO; FATTINI, 2009).

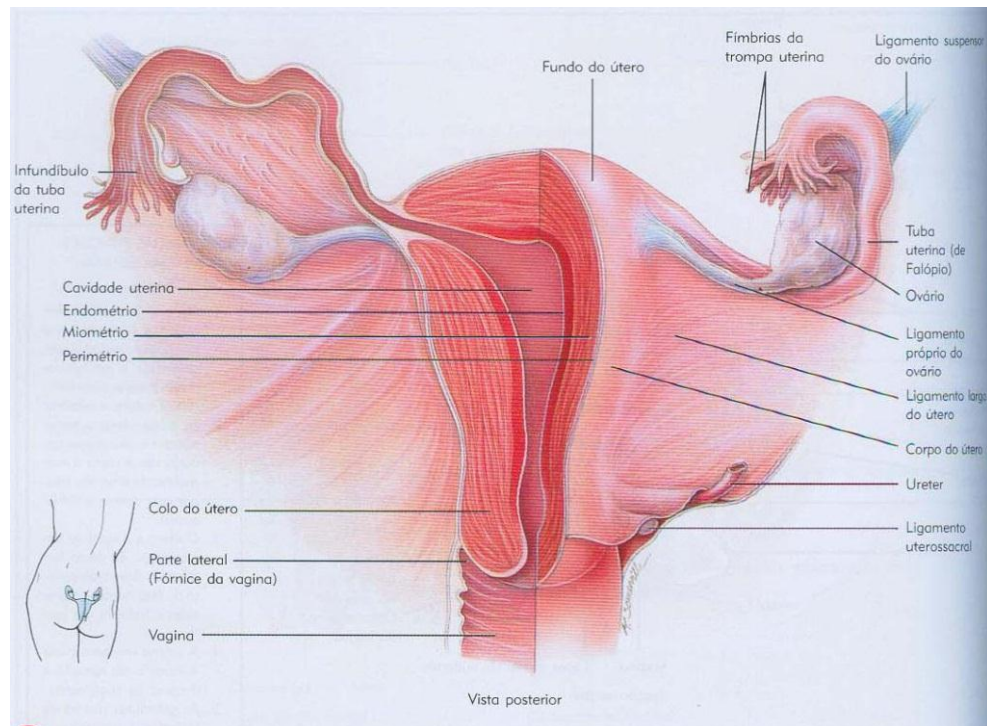
2.1.2.4 Ovário

Smeltzer e outros (2009, p.1365) relatam que a localização dos ovários é abaixo das trompas de Falópio e atrás dos ligamentos largos possuem forma oval com aproximadamente 3 cm de comprimento. Quando a mulher nasce, os ovários possuem milhares de óvulos que vão sendo liberados durante a vida reprodutiva.

Os ovários ainda são os responsáveis pela produção e secreção de hormônios, o estrogênio e a progesterona e pela produção e liberação de ovócitos. O tamanho dos ovários ainda varia durante o ciclo menstrual e a gravidez (DUMM, 2006).

Antes da primeira ovulação (expulsão do óvulo através da superfície do ovário) o ovário é liso e rosado no vivente, mas depois torna-se branco-acizentado e rugoso devido às cicatrizes deixadas pelas subseqüentes ovulações (DANGELO; FATTINI, 2009).

Figura 2 - Órgãos genitais femininos internos



Fonte: TORTORA (2000, p. 532)

2.2 CICLOS REPRODUTIVOS FEMININOS

O sistema reprodutor feminino é adaptado para o transporte de gametas e para alojar o embrião e logo após o feto, porém, esta adaptação depende de uma ação hormonal, que se apresenta em forma de ciclos mensais, que tem início na puberdade e continua através dos anos reprodutivos da mulher, até a menopausa. Durante os ciclos há uma grande atividade do hipotálamo, da hipófise, dos ovários, do útero, das tubas uterinas, da vagina e das glândulas mamárias, nas quais ocorre uma preparação do sistema reprodutivo para a gravidez (DUMM, 2006; MOORE; PERSAUD, 2004).

2.2.1 Hormônios

O ciclo reprodutivo feminino é comandado por interações complexas entre hormônios e órgãos alvo. Esse controle hormonal atua de forma cíclica e começa com a influência do hipotálamo sobre a adeno-hipófise. De forma geral, os hormônios hipofisários atuam sobre os ovários estimulando a produção de

hormônios esteróis sexuais, na gravidez é a placenta que produz um importante efeito hormonal e por último, os hormônios ovarianos ou placentários atuam sobre os órgãos alvo reprodutores: útero, tubas uterinas, vagina e mama (DUMM, 2006).

Guy (2006) relata que o sistema hormonal feminino consiste em três hierarquias de hormônios, sendo a primeira a do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), um hormônio de liberação hipotalâmica, a segunda do hormônio folículo-estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH) que são hormônios sexuais hipofisários secretados como resposta a liberação de GnRH, a terceira a dos hormônios ovarianos: estrogênio e progesterona, que são secretados em resposta a liberação do FSH e LH. Durante o ciclo reprodutivo da mensal da mulher esses hormônios são secretados em quantidades diferentes durante as diferentes fases do ciclo.

O GnRH é sintetizado no hipotálamo e o sistema porta-hipofisário o carrega até o lobo anterior da hipófise, ele estimula a secreção do FSH e do LH que agem no interior dos ovários. O LH tem a função de atuar de forma a dar o início à ovulação e estimula também as células foliculares e o corpo lúteo a inicia a produção de progesterona, e o FSH é responsável por estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos e a produção de estrogênio (MOORE; PERSAUD, 2004).

Smeltzer e colaboradores (2009) acrescentam que tanto o LH como o FSH são regulados, em parte, por mecanismos de *feedback*, sendo que quando os níveis de estrogênio no sangue estão elevados, ocorre uma inibição da secreção de FSH e um aumento da de LH, enquanto que o LH tem sua secreção inibida quando os níveis de progesterona estão elevados. A secreção de hormônios ovarianos tem um padrão cíclico, que faz com que se tenha como resultado alterações no endométrio e na menstruação.

Porth (apud SMELTZER, 2009) continua dizendo que sendo o óvulo fertilizado, os níveis de estrogênio e progesterona permanecem altos, e se dá início as complexas alterações da gravidez, porém, se o óvulo não for fertilizado, o FSH e o LH diminuem e o estrogênio e a progesterona tem seus níveis de secreção diminuídos, o óvulo se desintegra, e o endométrio sofre alterações ficando hemorrágico. Depois de cessado o fluxo menstrual, o ciclo começa novamente, e tudo se reinicia.

2.2.2 Ciclo ovariano

Dumm (2006) afirma que o ciclo ovariano é o conjunto das alterações que acometem o ovário de forma cíclica por ação hormonal do FSH e LH. Durante cada ciclo há um crescimento de vários folículos ovarianos pela ação do FSH, entretanto, apenas um se desenvolve até torna-se um folículo maduro e rompe na superfície do ovário, liberando assim seu ovócito, os outros folículos restantes se degeneram (MOORE; PERSAUD, 2004).

Silverthorn (2006) explica que este ciclo é dividido em três partes, sendo a primeira a Fase Folicular, a segunda a Ovulação e a terceira a Fase Lútea.

2.2.2.1 Fase Folicular

Moore e Persaud (2004), ainda explicam que o desenvolvimento do folículo ovariano é caracterizado por quatro fases: o crescimento e a diferenciação do ovócito primário, a proliferação das células foliculares, a formação da zona de pelúcia e o desenvolvimento das tecas foliculares.

É a fase em que o folículo cresce dentro do ovário, é a fase que tem sua duração variando entre 10 dias a três semanas. Durante essa fase o hormônio dominante é o estrogênio (SILVERTHORN, 2006).

Com o crescimento do folículo primário, ocorre a formação de uma cápsula pelo tecido conjuntivo adjacente, a teca folicular, que logo se diferencia em duas camadas sendo uma mais interna vascularizada e glândular – a teca interna – e uma camada conjuntiva, que se assemelha a uma cápsula – a teca externa. O suporte nutritivo para o folículo se desenvolver é fornecido pelas células tecais que produzem um fator de angiogênese que age promovendo o crescimento dos vasos sanguíneos da teca interna. Ocorre ainda uma divisão ativa dos folículos para que uma camada estratificada possa surgir em torno do ovócito (MOORE; PERSAUD, 2004).

Os autores Moore e Persaud (2004) prosseguem afirmando que logo após o folículo ovariano torna-se oval e o ovócito assume posição excêntrica, em sequência surgem em torno das células foliculares espaços preenchidos por fluído, que posteriormente formam uma única e grande cavidade denominada de antro, que contém o fluído

folicular. Depois da formação do antro o folículo ovariano é denominado folículo vesicular ou folículo secundário. O ovócito primário é empurrado para um lado do folículo, onde fica envolvido por um conjunto de células foliculares conhecidas como cumulus ooforus, que se projeta para dentro do antro, onde o folículo continua a crescer até alcançar a maturidade e produzir um intumescido na superfície do ovário. Cabe ressaltar também que o desenvolvimento inicial dos folículos ovarianos é induzido pelo FSH, mas os estágios finais de maturação requerem também o LH.

2.2.2.2 Ovulação

Smeltzer e colaboradores (2009) inicia dizendo que na puberdade, que normalmente ocorre por volta dos 12 e 14 anos de idade, os óvulos começam o seu processo de amadurecimento, conhecido com fase folicular. Silverthorn (2003) ainda reforça que o ovário libera os óvulos durante a fase de ovulação quando se tem um ou mais folículos amadurecidos.

O ciclo ovariano tem uma duração média de 28 dias e na metade desse ciclo, no 14º dia, por influência dos hormônios LH e FSH, o folículo sofre um crescimento súbito que produz um abaulamento na superfície do ovário. Nesse abaulamento, minutos antes de ocorrer a ovulação, surge uma pequena zona oval nessa elevação, denominada estigma. Ocorre o rompimento desse estigma, fazendo com que o líquido folicular flua da cavidade junto com o ovócito e o conjunto de células que o rodeia, marcando dessa forma o fim a ovocitação. (DUMM, 2006) Outro aspecto que é levantado por Dumm (2006, p. 5-6) é o de que o termo ovocitação seja mais bem empregado, pois o material liberado é o ovócito que só se transformará em ovo se for fecundado.

A ovulação tem seu início causado por uma onda de produção de LH, que é provocado/induzido por um feedback positivo devido a uma alta liberação de estrógenos no sangue. O LH tem o ponto máximo de sua liberação 36 horas antes da ovocitação, e se estende durante um dia (DUMM, 2006; MOORE; PERSAUD, 2004).

2.2.2.3 Fase Lútea

A Fase lútea se inicia logo após o óvulo ser secretado, as células do folículo sofrem uma alteração rápida, na qual gradualmente ficam amarelas tornando-se o corpo lúteo e produzindo progesterona, que vai preparar o útero para receber o óvulo fertilizado. É comum que a ovulação ocorra duas semanas antes do próximo período menstrual. O nome lúteo, que significa amarelo, se dá por causa de seu pigmento amarelo e depósito de gordura. Se a gravidez não ocorrer, o corpo lúteo cessa sua função cerca de duas semanas depois e, assim, o ciclo ovariano recomeça (SILVERTHORN, 2003; SMELTZER et al., 2009).

Moore e Persaud (2004) ainda destaca que o corpo lúteo é uma estrutura glandular que além de secretar progesterona, secreta também alguma quantidade de estrogênio. Continuando, ele ainda relata que se o ovócito for fertilizado, o corpo lúteo sofre uma modificação, aumentando de tamanho e se tornando o corpo lúteo gravídico, que tem uma capacidade de produção de hormônios maior. É importante enfatizar também que quando ocorre a gravidez, o hCG impede que o corpo lúteo se degenera. Esse hormônio é secretado pelo sinciciotrofoblasto do blastocisto, e é rico em LH.

Dumm (2006) adiciona que o corpo lúteo gravídico também produz relaxina, um hormônio que inibe as contrações espontâneas da musculatura uterina, e, além disso, também facilita o parto relaxando os ligamentos do tecido conjuntivo do colo uterino e da sínfise púbica, devido ao fato de estimular a formação de colagenase. O corpo lúteo se mantém ativo durante as primeiras vinte semanas de gravidez, a partir disso a placenta assume a produção dos hormônios necessários à gestação.

2.2.3 Ciclo Menstrual

É o período no qual o ovócito amadurece, é ovulado e entra na tuba uterina, comandado por hormônios produzidos pelos folículos ovarianos e pelo corpo lúteo que causam diversas mudanças cíclicas e mensais no endométrio, a camada interna do útero, e constituem o ciclo endometrial, que é mais comumente denominado de período menstrual. O endométrio é como um espelho onde se reflete o que ocorre

no ciclo ovariano, pois responde de forma sistemática às concentrações de gonadotrofinas e hormônios ovarianos (MOORE; PERSAUD, 2004).

É relatado ainda por Dumm (2006) que o ciclo endometrial é um processo contínuo, porém, para fins descritivos, o mesmo é dividido em três fases: a menstrual, a proliferativa ou folicular, e a secretora ou luteínica. O ciclo menstrual dura em média 28 dias e o primeiro dia do ciclo é considerado o dia do início do fluxo menstrual, ou seja, um ciclo dura do primeiro dia da menstrual até o primeiro dia da próxima menstruação. A duração do ciclo pode variar de 25 a 35 dias em mulheres normais.

Porth (apud SMELTZER et al. 2009) acrescenta ainda que esse ciclo é um processo complexo que envolve os sistemas reprodutor e endócrino. Os hormônios ovarianos estrogênio e progesterona. As características sexuais secundárias da mulher adulta são desenvolvidas e mantidas pelos estrogênios, que também desenvolvem e mantêm os órgãos reprodutores femininos, exercendo um papel de grande importância nas alterações cíclicas que ocorrem mensalmente no útero e no crescimento da mama.

O autor ainda continua afirmando que a progesterona também tem um papel de destaque. Secretada pelo corpo lúteo, ela é o mais importante hormônio que vai condicionar o endométrio na preparação para o implante de um óvulo fertilizado, se ocorrer a gravidez, a secreção da progesterona torna-se uma função da placenta, sendo essencial para manter uma gestação normal. A progesterona juntamente com o estrogênio ainda prepara a mama para a produção de leite (PORTH apud SMELTZER et al. 2009).

2.2.3.1 Fase menstrual

É considerado como o início da menstruação o primeiro dia da hemorragia uterina, ocorrendo quando não há fecundação do ovócito. Por volta de 14 dias após a ovocitação, o corpo lúteo perde sua função quando há uma redução das concentrações de estrogênio e progesterona. A camada da parede uterina que estava preparada para a nidação sofre uma descamação e é expelida juntamente com o fluxo menstrual, que normalmente dura em torno de 4 a 5 dias e depois da

eliminação dessa camada o epitélio se regenera a partir dos fundos glandulares da camada basal (DUMM, 2006; MOORE; PERSAUD, 2004).

2.2.3.2 Fase Proliferativa

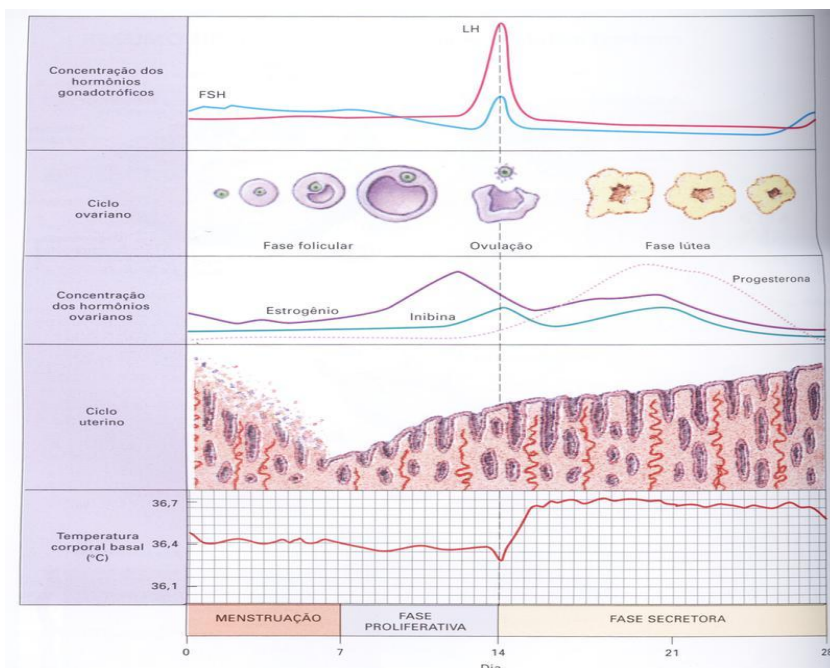
Após a perda da camada funcional durante a menstruação, a mucosa do endométrio começa a sofrer alterações e se proliferar. Isto acontece ao mesmo tempo em que no ovário ocorre o desenvolvimento de folículos, o que faz com que haja uma secreção de estrógenos, que induzem essa proliferação da mucosa no endométrio e fazem com que haja um crescimento de 1 a 3mm de espessura dessa mucosa (DUMM, 2006).

Silverthorn (2003) relata ainda que essa proliferação de células no endométrio ocorre em antecipação a uma gestação.

2.2.3.3 Fase Secretora

Conhecida também como fase lútea, dura aproximadamente 13 dias, e ocorre em concomitância com a formação, crescimento e funcionamento do corpo lúteo, o epitélio glandular secreta um material rico em glicogênio por causa da estimulação gerada pela progesterona produzida pelo corpo lúteo (MOORE; PERSAUD, 2004).

Figura 3 - O Ciclo menstrual



Fonte: SILVERTHORN (2003, p. 750)

Durante essa fase, as células sofrem mudanças e multiplicações para no final alcançarem seu desenvolvimento completo, o crescimento da espessura do endométrio é de até 6-7 mm. Essa fase tem seu fim quando o 28º dia se aproxima. Se não ocorre uma gravidez, essas camadas superficiais do endométrio serão perdidas durante a fase da menstruação, marcando assim o início de um novo ciclo (DUMM, 2006; SILVERTHORN, 2003).

2.3 GRAVIDEZ

O início do desenvolvimento humano começa com a fecundação, que ocorre quando um espermatozóide se funde a um óvulo originando, assim, um ovo. Segundo o autor, existe uma divergência de opinião para demarcar o início da gravidez, obstetras marcam o início da nova vida de acordo com o último período menstrual, já embriologistas marcam como sendo duas semanas após a fecundação (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Potter e Perry (2004) relatam que a gestação dura 10 meses lunares ou 9 meses no calendário, durando em torno de 40 semanas ou 280 dias. A duração da gestação pode ser calculada através da Regra de Nagele na qual se pega a data da última menstruação (DUM) e se subtrai três meses a essa data e soma sete dias.

O desenvolvimento fetal que ocorre durante a gestação é dividido em três períodos denominados trimestres, porém o desenvolvimento fetal que ocorre durante a gestação é dividido em período ou estágio pré-embrionário, embrionário e fetal (POTTER; PERRY, 2004; RICCI, 2008).

Moore e Persaud (2004) explicam que ao final do primeiro trimestre a formação de todos os principais sistemas já está completa, No segundo trimestre acontece o crescimento de tamanho do feto, tornando possível sua visualização anatômica na ultrassonografia. No terceiro trimestre, o feto pode sobreviver caso nasça prematuramente.

2.3.1 Estágio pré-embrionario

Consiste no período da fertilização até a segunda semana. Para ocorrer a concepção um espermatozóide proveniente do homem deve ser depositado no canal vaginal, nadando cerca de 18 cm para encontrar o óvulo que foi liberado do ovário, que percorreu o caminho através da tuba uterina, e penetrá-lo. Após a fertilização do óvulo, há uma união do material dos dois núcleos dessas células, ocorrendo à junção do material genético proveniente do pai e da mãe. (RICCI, 2008)

Durante a primeira semana, o ovo passa pela trompa e sofre diversas divisões mitóticas, e no 4º dia após a fertilização, esse ovo é transformado no blastocisto, que cai no útero onde é implantado. A superfície interna do blastocisto dará origem ao embrião e o âmnio, as camadas externas denominadas trofoblastos irão se tornar membranas embrionárias, além de ajudar a formar a placenta (MONTENEGRO; REZENDE, 2011, RICCI, 2008).

McKinney e outros (apud RICCI, 2008) explica que a implantação do blastocisto ocorre normalmente no fundo do útero, por ser um local bem vascularizado, além de ter um revestimento mais espesso que não permite que a placenta se fixe de modo tão forte que seja incapaz de se soltar e permaneça aderida após o parto.

Na segunda semana ocorre a formação do disco embrionário bilaminar. O trofoblasto sofre transformações e, ao final delas, a implantação do ovo está completa e o mesmo se encontra fixado totalmente no endométrio. Ocorrem diversas mudanças no endométrio durante o período de implantação, essas mudanças são ocasionadas devido à adaptação do endométrio, e são conhecidas como reação decidual. É durante a segunda semana que acontece também a formação do saco vitelino, o surgimento da cavidade amniótica e a placa precordial se desenvolve nas células hipoblásticas, indicando a futura região da boca e é um importante organizador da região da cabeça (MONTENEGRO; REZENDE, 2011; MOORE; PERSAUD, 2004).

2.3.2 Estágio embrionário

Tem início no final da segunda semana de gestação e vai até a oitava, é durante esse estágio que as estruturas básicas de todos os órgãos corporais e as características externas principais do corpo são completadas. Durante a terceira

semana, o cérebro, e a medula espinhal começam a se desenvolver. O trato gastrointestinal também inicia o seu desenvolvimento e ocorre o aparecimento dos brotos das pernas e braços. No fim dessa semana o coração primitivo surge através da junção dos tubos cardíacos que foram formados a partir das células mesenquimais. Durante a 4^o até a 8^o semana são formados todos os principais órgãos (MONTENEGRO; REZENDE, 2011; RICCI, 2008).

Ao final da segunda semana a placenta se desenvolve, e ocorre também a formação do cordão umbilical a partir do âmnio, o cordão possui uma veia calibrosa e duas artérias pequenas que são circundadas pela geleia de Wharton, que é um tecido conjuntivo especializado, para evitar compressão (OLDS et al., apud RICCI, 2008).

2.3.3 Estágio fetal

Vai do final da oitava semana até o nascimento, é durante esse período que o desenvolvimento já é elevado o bastante para que o conceito seja denominado de feto. Durante esse período ocorre um crescimento e refinamento de todos os órgãos (RICCI, 2008).

Por volta da 9^o semana o feto já possui aparência humana. A partir da 16^o a mãe começa a perceber os movimentos do feto e ao início da 20^o semana ocorre o surgimento da lanugem e do verniz caseoso que cobre cabelos e pele protegendo a epiderme fetal (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Ricci (2008) narra que na 12^o semana geralmente a estrutura da placenta está totalmente formada e produz diversos hormônios necessários a uma gestação normal. Esse hormônios são o hCG, que tem a função de preservar o corpo lúteo para que a produção de progesterona pelo mesmo seja mantida e assim o revestimento endometrial fique intacto, o Lactogênio placentário humano (hPL), faz com que haja uma diminuição da sensibilidade materna à insulina para que sua disponibilidade seja maior para o feto e participa do desenvolvimento das mamas maternas para a lactação. O estrogênio e a progesterona também são produzidos pela placenta, o estrogênio provoca aumento das mamas, do útero e da genitália externa da mulher, e estimula a contratilidade do miométrio e a progesterona além de manter o endométrio, trabalha também diminuindo a contratilidade do útero,

estimulando o metabolismo materno e o desenvolvimento das mamas, e nutre o embrião, a relaxina é outro hormônio produzido pela placenta, e atua juntamente com a progesterona para manter a gravidez e provoca relaxamento nos músculos pélvicos na hora do parto.

2.4 ABORTAMENTO

Montenegro e Rezende (2011, p. 354) definem que “o abortamento é a expulsão do ovo antes de 22 semanas de gestação ou com o concepto pesando <500g.” Smeltzer e outros (2009) definem o aborto como sendo a expulsão do concepto antes que o feto se torne viável, geralmente o feto é considerado viável a partir do quinto mês de gestação.

Os autores Moore e Persaud (2004, p.3) acrescentam ainda a essa definição que o aborto significa uma interrupção do desenvolvimento e expulsão do útero de forma prematura.

A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, produzida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), ainda adiciona que o aborto é o produto eliminado no abortamento.

2.4.1 Classificação dos abortamentos

As causas de abortamento são variadas, porém, nem sempre a causa fica indeterminada, muitas vezes o abortamento ou a interrupção da gestação é provocado pela própria mulher. É recomendado que toda gestante com sangramento vaginal no primeiro trimestre seja submetida a exames clínicos: abdominal, especular e toque, e na dúvida do diagnóstico ainda se recomenda a realização de ultrassonografia (BRASIL, 2010; 2011).

O abortamento pode ser classificado em espontâneo ou provocado. As formas clínicas de abortamento podem ser classificadas em: ameaça de abortamento, abortamento inevitável, abortamento completo, abortamento incompleto, abortamento infectado, abortamento retido e abortamento habitual. Ainda existem os abortamentos como forma de interromper a gravidez, os provocados, dentre eles

existem o abortamento médico, cirúrgico, provocado e o eletivo (BRASIL, 2010; MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

De acordo com Montenegro e Rezende (2011) por volta de setenta por cento (70%) das concepções não atinge a viabilidade, sendo que clinicamente, dez ou quinze por cento (10-15%) das gestações findam espontaneamente no 1º ou início do 2º trimestre.

2.4.1.1 Abortamento espontâneo

Segundo Ricci (2008) e Smeltzer e outros (2009), é estimado que cerca de uma em cada cinco ou dez gestações termine em abortamento. A expressão “perder o bebê” é usada por leigos para denominar o abortamento espontâneo, que pode ocorrer no início da gravidez, e muitas vezes, sem que a mulher saiba que estava grávida. O abortamento espontâneo se refere à perda do feto por causas naturais, diferente do abortamento induzido que é uma perda involuntária do concepto. O abortamento espontâneo tem diversas causas, e muitas vezes essas causas são de origem desconhecida. Geralmente abortamentos que ocorrem no primeiro trimestre da gestação são causados por anomalias genéticas do feto, e os abortamentos ocorridos a partir do segundo trimestre tem íntima ligação com causas maternas, dentre elas se encontram doenças, anomalias anatômicas, e uso de drogas e infecções. Esse tipo de abortamento pode ser classificado em outras categorias como a ameaça de aborto, aborto incompleto, completo, oculto e recorrente.

2.4.1.2 Ameaça de abortamento

Moore e Persaud (2004) definem que a ameaça de abortamento consiste em um sangramento com a possibilidade de um aborto. O autor ainda relata que esse tipo de complicação atinge cerca de vinte e cinco por cento (25%) das gestações e que mesmo se prevenindo de forma a evitar um futuro aborto, nesses casos, metade dos conceptos ainda assim é abortada.

É definida também como uma complicação da gravidez devido a um sangramento antes de 22 semanas, e seu quadro clínico consiste em hemorragia e dor. A hemorragia na ameaça é menor do que no aborto inevitável, e são considerados

mais sérios sangramentos muito precoces, escuros, em “borra de café” e de longa duração. Em relação às dores, quando regulares e semelhantes as do trabalho de parto indicam um processo irreversível de abortamento (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Ao exame, o colo uterino se encontra fechado, não ocorre eliminação de tecido fetal, o volume uterino se encontra adequado à idade gestacional, e não apresenta sinais de infecção. Pode ser realizado um exame de ultrassom, o qual se apresenta na ameaça de abortamento com o feto ainda vivo, pode-se encontrar também uma pequena área de descolamento ovular (BRASIL, 2011; RICCI, 2008).

O tratamento, nesse caso, é constituído basicamente de repouso, devendo reduzir atividades físicas, ter uma dieta nutritiva e uma hidratação adequada, o uso de analgésicos é recomendado em caso de dor, e é proibido o coito enquanto houver a ameaça (BRASIL, 2011; MONTENEGRO; REZENDE, 2011; RICCI, 2008).

2.4.1.3 Abortamento completo

Consiste no abortamento no qual os produtos da concepção são todos expelidos (MOORE; PERSAUD, 2004).

Esse tipo de abortamento ocorre frequentemente até a 8^o semana de gestação, e pode-se supor que o abortamento é completo quando após a expulsão do ovo, se cessa as dores e o sangramento. O colo uterino pode se encontrar aberto e o útero com tamanho inferior ao esperado para a idade gestacional. A ultrassonografia pode mostrar o útero vazio, que é a certeza do abortamento, ou com presença de imagens sugestivas de coágulos, e os níveis de hCG indicam o abortamento. Usualmente, no abortamento completo, o esvaziamento uterino é total, não necessitando, assim, de um esvaziamento cirúrgico. Porém, caso o sangramento persista e seja visualizados produtos da concepção ainda no útero, pode ser necessário o esvaziamento do mesmo por aspiração manual intrauterina (AMIU) com cânula bem fina. A curetagem só é indicada em casos onde a aspiração não se encontra disponível (BRASIL, 2011; MONTENEGRO; REZENDE, 2011; RICCI, 2008).

2.4.1.4 Abortamento incompleto

O abortamento incompleto consiste na expulsão de partes do produto da concepção, é comum após oito semanas, o sangramento nesse tipo de abortamento é intermitente e as cólicas persistem, os restos ovulares presentes no útero impedem uma contração uterina adequada o que é a causa da persistência do sangramento. Como o ovo não é totalmente eliminado o terreno fica mais propício a infecção (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

O achado clínico neste tipo de abortamento, além do sangramento e cólicas, é o colo uterino dilatado. Através do exame de ultrassom é possível comprovar a presenças de restos da concepção no útero, e sendo comprovada essa presença, faz-se necessária a realização de procedimento para esvaziamento cirúrgico através de curetagem uterina ou aspiração a vácuo, sendo o último mais seguro e menos doloroso (MONTENEGRO; REZENDE, 2011; RICCI, 2008).

No abortamento inevitável, assim como no incompleto, caso o útero tenha o tamanho compatível com uma gestação superior a 12 semanas e o feto ainda esteja dentro do útero, recomenda-se o uso de misoprostol via vaginal (BRASIL, 2011).

O misoprostol é um análogo da prostaglandina amplamente usado para indução de aborto ou do trabalho de parto no terceiro trimestre da gravidez, sua apresentação é em comprimidos vaginais de 25, 50 e 200 microgramas, possui diversas contraindicações, sendo elas a hipersensibilidade a misoprostol ou prostaglandinas, placenta prévia, gravidez múltipla, sofrimento fetal, hemorragia vaginal durante a gravidez, infecção pélvica ativa, histórico de parto difícil ou traumático, mal posicionamento fetal ou desproporção cefalo-pélvica, histórico de cesarianas ou cirurgias uterinas de grande porte. Na indução do parto é recomendado o uso via vaginal com repetição da dose 6 horas depois, caso seja necessário, já na indução do abortamento, usa-se a dose recomendada uma vez ao dia, durante 2 dias via vaginal, seguindo os esquemas corretos, em abortamentos no primeiro trimestre, no segundo trimestre o medicamento é usado de 12 em 12 horas durante dois dias. Este medicamento pode causar hiperestimulação uterina, ruptura uterina, sofrimento fetal, dor abdominal, diarreia, náusea, flatulência, dispepsia, vertigens e cefaleia como efeitos adversos (RENAME, 2010).

2.4.1.5 Abortamento inevitável

O sangramento no aborto inevitável é maior do que na ameaça de aborto, e as dores são de intensidade maior e o colo uterino encontra-se aberto (BRASIL, 2011).

Muitas vezes o processo deste tipo de abortamento é confundido com a menstruação, diferenciando-se pela quantidade maior de sangue. Esse tipo de abortamento é raro após oito semanas de gestação, se ocorrer após oito semanas, tem características de trabalho de parto. O diagnóstico é fácil e inconfundível dispensando exames complementares, quase sempre o abortamento inevitável é precedido de uma ameaça de aborto. Além de uma hemorragia mais acentuada, o sangue é de cor viva (MONTENEGRO, REZENDE, 2011).

A conduta após o abortamento é igual a do abortamento incompleto, e depende da idade gestacional (IG), até as 12 semanas é indicado aspiração a vácuo ou curetagem, após as 12 semanas, pelo ovo já se encontrar muito desenvolvido, e o útero volumoso e com paredes finas e moles, o esvaziamento instrumental é perigoso, empregando-se assim, o uso de misoprostol. Após a expulsão, caso o sangramento continue, técnicas são empregadas como complementação, aspiração uterina caso a gestação seja menor ou igual há 12 semanas, e curetagem uterina se o volume uterino for maior que 12 semanas (BRASIL, 2011).

2.4.1.6 Abortamento infectado

Para Rezende e Montenegro (2011), o abortamento infectado quase sempre é causado por uma interrupção provocada em más condições técnicas. Não importando se espontâneo ou intencional, a anamnese sempre indica antecedentes que esclarecem o ocorrido, como um abortamento incompleto, ou uma introdução de sondas ou hastes dentro do útero, entre outros.

As infecções neste tipo de abortamento são polimicrobianas e normalmente provocadas por bactérias da própria flora vaginal. Esses casos são graves, devendo ser tratados sempre. As manifestações clínicas frequentes são a elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido junto com dores abdominais, ou saída de secreção purulenta do colo uterino, ao exame de toque vaginal é sentido

muita dor (BRASIL, 2011).

Rezende e Montenegro (2011) classificam o abortamento infectado em três tipos, em que o primeiro é o mais visto, e a infecção se limita ao útero, à decídua e ao miométrio; no segundo a infecção progride e se localiza em todo o miométrio, paramétrios, anexos e compromete o peritônio pélvico, tudo causado pela virulência do germe e do terreno; o terceiro tipo é a forma mais grave, em que a infecção já se encontra generalizada, ocorre peritonite, septicemia e choque séptico decorrente do tipo de micro-organismo infectante.

Brasil (2011) relata que é necessária a realização de diversos exames diagnósticos para a avaliação da mulher e o tratamento consiste em restabelecer as condições vitais da mulher e iniciar antibioticoterapia. O esvaziamento do útero deve ser realizado nas gestações de até 12 semanas através da AMIU, por ter taxas menores de complicação, caso o uso da AMIU estiver impossibilitado deve-se realizar curetagem uterina, porém, em ambas deve-se infundir ocitocina. Nos casos mais graves, a indicação é do uso da Laparotomia exploradora e, se necessário, a retirada dos órgãos pélvicos.

2.4.1.7 Abortamento Retido

Ocorre quando o útero retém o produto morto da concepção atrás da cérvix fechada. Pode ou não ocorrer sangramento vaginal e o útero pode permanecer do mesmo tamanho ou diminuir, o que é indício do abortamento. Outro indício é quando não é possível ouvir os batimentos fetais na época da realização da ultrassonografia. Quando o ovo é retido por mais de quatro semanas pode ocorrer distúrbios da hemocoagulação, que ocorre quando os níveis de fibrinogênio plasmático atingem níveis críticos (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

É usado misoprostol quando a IG corresponde a 12 semanas, e através de AMIU quando menor que 12 semanas (BRASIL, 2011).

2.4.1.8 Abortamento habitual

É definido como uma expulsão espontânea do embrião ou feto, em três ou mais

gestações, sendo estas consecutivas e estando o feto morto ou inviável (MOORE; PERSAUD, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) ainda acrescenta que os abortamentos acontecem antes da 22ª semana de gestação. É classificado como primário quando a mulher nunca conseguiu levar qualquer gestação a termo, e secundário quando uma gravidez a termo já ocorreu.

Este tipo de abortamento ocorre em cerca de 1% das mulheres em idade reprodutiva, cuja mulher não consegue manter a gestação até viabilidade ou termo. É importante que o histórico da paciente seja colhido de forma minuciosa para que se possa fazer o diagnóstico (REZENDE; MONTENEGRO, 2011; RICCI, 2008).

Segundo Smeltzer e outros (2009), cerca de sessenta por cento (60%) dos abortamentos podem ser resultado de anomalias cromossômicas, e após dois abortos seguidos, a paciente deve ser encaminhada para um aconselhamento genético, de forma que possa explorar outras prováveis causas.

Montenegro e Rezende (2011), explicam que diversas endocrinopatias são associadas ao abortamento habitual, entre elas encontram-se o ovário policístico, defeito na fase luteínica, hipersecreção de LH e a insuficiência progesterônica. Os autores ainda relatam que o foco de atenção para as possíveis causas do abortamento habitual atualmente está voltado para a hiperandrogenemia e a hiperprolactinemia. Apesar de inúmeras causas, a patologia definida desse tipo de aborto só se encontra em 50% dos casos.

Smeltzer e outros (2009) acrescentam ainda que quando uma mulher com histórico de abortamento habitual tem um sangramento as medidas de prevenção, que vão desde repouso no leito, uso de progesterona, abstinência sexual, não realizar esforço ao defecar e ter dieta leve, são passadas a ela numa tentativa de manter a gestação. Em certas condições como no colo incompetente ou disfuncional, a cerclagem da cervical, que é uma “sutura em bolsa de tabaco ao redor do colo no nível do óstio interno” (SMELTZER et al., 2009, p. 1396) pode ser empregada como meio de impedir a dilatação prematura do colo, porém, deve-se atentar para o fato de que o médico obstetra deve ser avisado de tal sutura, e a mesma é retirada cerca de 2 a 3 semanas antes do parto.

2.4.1.9 Abortamento eletivo

É o término da gravidez realizada de forma voluntária e induzida, realizado em geral por profissionais habilitados da área da saúde (SMELTZER et al., 2011).

Segundo Cook e outros (apud REZENDE; MONTENEGRO, 2011), a OMS publicou em 2003 um livro de normas sobre o abortamento seguro, no qual é determinado que no 1º trimestre, até 12 semanas da DUM, os procedimentos para a interrupção da gestação são aspiração a vácuo, elétrica ou manual ou o uso de medicamentos combinados como tratamento médico, mifepristona oral e prostaglandina oral ou vaginal, quando a gestação se encontra com até nove semanas. Ainda é relatado que a preparação cervical é recomendada em mulheres nulíparas ou com menos de 18 anos com gestação maior de nove semanas, e em qualquer caso de gestação maior de 12 semanas, antes dos procedimentos cirúrgicos.

Na Inglaterra, Estados Unidos, e na maioria dos países desenvolvidos, a interrupção da gravidez é legal no primeiro trimestre, todavia, no Brasil, o aborto é crime, salvo poucas exceções, porém, abortamentos são provocados todos os dias, desobedecendo, assim, à legislação (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

2.4.1.10 Abortamento eletivo previsto em lei

Segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011), quando a interrupção da gestação é indicação, a legislação vigente obedecida e, por solicitação da mulher ou de seu representante, a mesma deve ter oferecida a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, Amiu ou a dilatação e curetagem. A mulher deve ser orientada sobre cada procedimento, vantagens e desvantagens, seus efeitos colaterais e sua taxa de complicações.

O aborto eletivo pode ser realizado utilizando técnicas de aspiração a vácuo, dilatação e evacuação, através da indução do trabalho de parto e também através do uso de fármacos que induzem o abortamento (SMELTZER et al., 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011 p. 33) ainda explica que o abortamento quando permitido pela lei e seu tratamento são direitos da mulher, deve ser

respeitados e garantidos. Para que esse direito seja devidamente respeitado faz-se necessário que o método abortivo a ser empregado seja escolhido pela equipe de saúde juntamente com a paciente, e os meios disponíveis devem ser mostrados e explicados de forma clara para que a decisão seja tomada de forma mais consciente e informada possível, e esse processo no qual a mulher irá escolher deve ser baseado no respeito a independência e autodeterminação da mesma.

2.4.1.10.1 Abortamento médico ou Farmacológico

Consiste na utilização de fármacos para induzir o abortamento ou abreviar o abortamento em curso. Toda mulher que dentro da legislação solicita interrupção da gestação pode escolher pela interrupção farmacológica da gravidez. No Brasil os medicamentos disponíveis para esse fim são o misoprostol e a ocitocina (BRASIL, 2011).

As medicações usualmente usadas nesse tipo de abortamento são a mifepristona, que age no útero gravídico causando necrose da decídua, amolecimento do colo e aumenta a contratilidade uterina. Tem um efeito menor quando usada em gestações maiores de 49 dias a partir da DUM. Seu uso em conjunto com o análogo da prostaglandina, misoprostol, é o meio mais comum de abortamento médico no mundo. O metotrexato é um teratígeno fatal para o feto, e apresenta risco mínimo e poucos efeitos colaterais para a mulher, é pouco utilizado atualmente. E o Misoprostol, é análogo sintético da prostaglandina, age de forma a produzir um apagamento do colo uterino, e provocar contrações e, quando inserido via vaginal, tem 75% de eficácia (REZENDE; MONTENEGRO, 2011; SMELTZER et al., 2009).

2.4.1.10.2 Abortamento cirúrgico

Realizado através dos procedimentos de aspiração a vácuo e curetagem, que são mais bem eficazes em até 12 semanas de gestação (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

A aspiração a vácuo é realizada através de cânulas de plástico que são introduzidas dentro do canal cervical após prévia dilatação e conectada a bomba de sucção, um aspirador uterino, o procedimento de dilatação e extração também utilizada no

abortamento cirúrgico é igual à aspiração a vácuo. Primeiro dilata-se o colo com laminária e em seguida realiza-se a aspiração. A curetagem é realizada dilatando previamente o colo através dos dilatadores de deninston ou velas de Hegar, após é introduzida a cureta, material rígido de aço e de diâmetro variável e é realizada uma raspagem do colo uterino, extraíndo o material solto pela cureta, porém, esta técnica pode provocar acidentes, tal como a perfuração do útero (BRASIL, 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 2011; SMELTZER et al., 2009).

A aspiração manual intrauterina também é um método eficaz, no qual são utilizadas cânulas acopladas à seringa com vácuo que promovem a retirada dos restos ovulares através da aspiração e raspagem da cavidade uterina. O tamanho da cânula em milímetros deve ser igual à IG em semanas (BRASIL, 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

2.4.1.11 Abortamento seletivo

Consiste no abortamento realizado quando comprovada malformações incompatíveis com a vida. A Legislação Brasileira não permite o abortamento nesses casos, porém se estima que desde 1989 mais de 3.000 autorizações para a realização desse tipo de abortamento foram liberadas pela justiça (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

2.5 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM REFERENTE AO ABORTO

O Código Penal Brasileiro classifica o abortamento entre os crimes contra a vida, sendo uma subclasse dos Crimes contra a pessoa. Entretanto, a Jurisprudência Brasileira tem autorizado o aborto em casos de malformação fetal incompatíveis com a vida com o consentimento da mulher (BRASIL, 2011; REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

2.5.1 Código penal

Duarte e outros (2010) sustentam que desde 1940 o Código Penal Brasileiro estabelece que o médico que realiza o abortamento, quando não ha outra forma de salvar a vida da gestante ou em decorrência de um estupro não é punido e ainda complementam dizendo que os demais casos de abortamentos são puníveis, com penas variando de um a dez anos de reclusão. Porém, cerca de 1.054.242 abortos ilegais foram realizados no Brasil no ano de 2005, apesar de toda a legislação vigente sobre o ato.

No DECRETO-LEI N.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, no Título I dos Crimes contra a pessoa, Capítulo I dos crimes contra a vida dispõe que:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

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 debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Forma qualificada

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:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL, 2013, [s.p.]).

Tal lei também está presente na norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual a mulheres e adolescentes, que explica ainda que a mulher ou adolescente vítima de violência sexual que engravida e opta por interromper essa gestação deve ser bem esclarecida, no caso de adolescentes o responsável deve ser informado também sobre as alternativas legais existentes e sobre os atendimentos disponíveis no serviço de saúde. Tais informações devem ser

disponibilizadas, conforme consta no Art.128, inciso II do Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal brasileiro. (BRASIL, 2012).

É ressaltado ainda que, o Código Penal Brasileiro não exige qualquer documento para a prática de aborto resultante de violência sexual, somente o consentimento da mulher, e relata que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde e afirma ter sofrido violência sexual deve ter credibilidade, sendo assim, ser recebida como verdade (BRASIL, 2012).

Porém, caso for provado que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o profissional que realizou o abortamento fica protegido pela lei e o artigo 20, § 1º do Código Penal Brasileiro relata: “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Sendo dessa forma, somente a gestante responderá criminalmente pelo crime de aborto (BRASIL, 2012).

Considerando ainda o atendimento de casos de abortos permitidos em lei pelos serviços de saúde, tem-se tido uma necessidade de lidar com anomalias fetais que são incompatíveis com a vida. O diagnóstico de tais anomalias tem se tornado cada vez mais fácil de ser feito devido a atual tecnologia, entretanto, por mais que seja possível diagnosticar tais anomalias, não se tem como oferecer aos pais uma opção que amenize o sofrimento, de forma que o assunto tem gerado um grande número de pedidos no Poder Judiciário para a autorização da interrupção dessa gestação (DUARTE et al., 2010).

Cabe ressaltar também o Decreto-Lei Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, da Lei das Contravenções Penais, que descreve que “Art. 20. Anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto: (Redação dada pela Lei nº 6.734, de 1979) Pena - multa de hum mil cruzeiros a dez mil cruzeiros. (Redação dada pela Lei nº 6.734, de 1979)” (BRASIL, acesso em: 03 de Maio de 2013, [s.p.]).

Duarte e colaboradores (2010) relatam que por muito tempo só se realizava em hospitais os abortamentos em que a gestação tinha como risco a morte da gestante, enquanto que o atendimento em hospitais públicos das vítimas de estupro era raro, o que ocasionava a uma procura por abortamentos clandestinos por essas mulheres.

Duarte e outros (2010) em seu estudo sobre a opinião de promotores de justiça e magistrados brasileiros sobre o aborto e a legislação vigente concluíram na pesquisa que a maior parte da amostra estudada considerava a necessidade de mudanças na atual Legislação Brasileira, seja para criminalizar o abortamento em qualquer circunstância em que o mesmo ocorra, seja para ampliar as circunstâncias em que não se pune o aborto praticado por médicos. Rocha (2008) relata que em 1949 foi exposto o primeiro projeto de lei sobre o abortamento, no qual se buscava suprimir do Código Penal as duas situações em que o aborto não é considerado crime, mas não ocorreram modificações (ROCHA, 2008).

Atualmente, tem-se analisado uma nova proposta para a mudança na Legislação Brasileira. O Projeto de Lei do Senado Federal (2013) Nº 236, de 2012 que propõe a reforma do Código Penal, sugere a mudança da Legislação existente no Brasil também em relação ao abortamento, no qual a Lei e as penas referentes ao assunto se apresentariam dessa forma:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 125. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque:

Pena - prisão, de seis meses a dois anos.

Aborto consensual provocado por terceiro

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante.

Pena – prisão, de seis meses a dois anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 127. Provocar aborto sem o consentimento da gestante:

Pena - prisão, de quatro a dez anos.

§1º Aumenta-se a pena de um a dois terços se, e, consequência do aborto ou da tentativa de aborto, resultar má formação do feto sobrevivente.

§2º A pena é aumentada na metade se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provoca-lo, a gestante sofre lesão corporal grave; e até no dobro, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Exclusão do crime

Art. 128. Não há crime de aborto:

I – se houver risco à vida ou a saúde da gestante;

II – se a gravidez resulta de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida;

III – se comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida extra-uterina, em ambos os casos atestado por dois médicos; ou

IV – se por vontade da gestante, até a décima segunda semana da gestação, quando o médico ou psicólogo constatar que a mulher não

apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade. Parágrafo único. Nos casos dos incisos II e III e da segunda parte do inciso I deste artigo, o aborto deve ser precedido de consentimento da gestante, ou, quando menor, incapaz ou impossibilitada de consentir, de seu representante legal, do cônjuge ou de seu companheiro. (SENADO FEDERAL, 2013, p. 47 - 48).

Tal projeto teve apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM) que se posicionou como sendo favorável à presente reforma do Código Penal Brasileiro. Entre os motivos da tomada de tal decisão pelo conselho é o fato de mulheres de classe média e alta terem a gestação interrompida de forma mais segura, devido a condição financeira, já as mulheres de classe social mais baixa pela falta de condições, se arriscam mais e conseqüentemente sofrem os efeitos desse abortamento, que podem chegar a morte. Foi afirmado ainda que o CFM é a favor da vida, porém, a autonomia da mulher com relação a sua gestação deve ser respeitada quando ela optou pela a realização de um abortamento até a 2º semana de gestação. (CFM, 2013).

2.5.2 Código civil

O Código Civil afirma que o consentimento da mulher é necessário para o abortamento independente da circunstância, excluindo-se caso de risco de vida, estando a mulher impossibilitada de expressar seu consentimento. Toda vez que a mulher ou adolescente tiver condições de entender e expressar sua vontade, a mesma deverá também consentir, e ter respeitada o seu desejo se não quiser realizar o abortamento que, nesse caso, não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais desejem a realização (BRASIL, 2011).

A mesma norma ainda relata que,

De acordo com o Código Civil arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 – Código Civil: a) a partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha; b) a partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela; c) antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela. (BRASIL, 2011,p. 18)

2.5.3 Ministério da Saúde e Código de Ética de Enfermagem

Nos casos de aborto decorrente de estupro, o Ministério da Saúde (MS) em sua PORTARIA Nº 1.508/GM - DOU 02.09.2005, seq. I diz que para garantir aos profissionais de saúde que realizaram o aborto de forma legal, e considerando que a vítima de violência sexual não precisa apresentar Boletim de Ocorrência para realizar o procedimento no Sistema Único de Saúde (SUS), resolve que a mulher deve assinar uma justificação e autorização da interrupção dessa gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Ambros, Recchia, A., e Recchia, J. (2008) sustentam que de acordo com o Código de Ética Médica, o profissional pode se recusar a realizar o aborto se a execução do mesmo for contra a sua consciência, sendo assim, cabe ao Juiz nomear um outro profissional, como o enfermeiro, para a realização do abortamento. Ressalta-se ainda que o Juiz que responderá caso ocorra qualquer complicação. Sendo assim, a enfermeiro provoca o deslocamento do ovo até a morte, fazendo-se necessário o atendimento médico posteriormente para a remoção dos restos.

No Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, esta descrita na Seção I, das relações com a pessoa, família e coletividade, que é proibido:

Art. 28 - Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único - Nos casos previstos em Lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo (COFEN, 2013, [s.p]).

É necessário frisar também a necessidade do sigilo profissional, quando se vê diante de um abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, que o profissional não pode relatar o fato a nenhuma autoridade, seja ela policial, jurídica ou ministério público, mantendo o sigilo profissional que é um dever ético e legal, sendo permitida quebra de tal sigilo somente em casos em que o ato seja para proteção da paciente e com o consentimento da própria. Se o sigilo for quebrado não respeitando tais permissivos, o profissional pode responder legalmente pelos danos que o vazamento da informação possa vir causar a mulher, podendo resultar em processo criminal, civil e profissional (BRASIL, 2011).

A mesma norma ainda resalta que:

É crime: “revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (Código Penal, art. 154). Constituição Federal: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas,

assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação” (art. 5º, X). (BRASIL, 2011, p. 14)

2.6 A SITUAÇÃO DO ABORTAMENTO ILEGAL E INSEGURO NO BRASIL

Segundo norma técnica de atenção humanizada ao abortamento criada pelo MS, é estimado que cerca de mais de um milhão de abortamentos induzidos ocorram por ano somente no Brasil, fazendo com que o mesmo se encontre entre as principais causas de morte materna no país. Apesar de se ter um número tão elevado, a subnotificação dos dados faz com que uma estimativa real não possa ser realizada, pois, mulheres que provocam o abortamento, por causa valores religiosos, culturais e morais e por medo de punição, em geral escondem o fato. Ainda é visto que a mortalidade materna decorrente do aborto tem seus índices mais elevados entre a população de mulheres pobres e marginalizadas (BRASIL, 2011).

A maior parte da população é contra o aborto, e gostaria que nenhuma mulher o fizesse e a maioria das mulheres que já realizaram um aborto tinha essa mesma opinião. Quanto mais próximo de uma situação na qual o aborto se mostra como uma, ou a única saída, mais aberta a aceitar a prática a pessoa se encontra, por acreditar que dada a condição em que se está vivendo o ato é justificado, porém, isso não altera a opinião inicial contrária ao aborto do indivíduo (FAÚNDES et al., 2004).

Em países onde a prática do aborto é proibida ou limitada, tem-se uma taxa de morbimortalidade materna muito mais elevada em decorrência do abortamento provocado. Focando no Brasil, onde a prática do aborto é proibida, salvo restrições legais e a mulher ou pessoa que ajuda na prática pode responder criminalmente pelo ato mas, ainda assim, o abortamento provocado corresponde de 10-15% dos óbitos maternos, se tornando a 4º causa de mortes maternas (FERREIRA DINIZ et al., 2011; RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2009; SANTOS ANDREONI; SILVA, 2012).

Por ser ilegal, as mulheres buscam na clandestinidade meios de realizarem o abortamento e, em consequência disso, podem sofrer sequelas irreversíveis e complicações durante o ato que podem levar à morte (FAÚNDES et al. 2004)

Nos casos dos países em desenvolvimento existe ainda um agravante, não se tem um planejamento e uma atenção eficaz para o atendimento de mulheres que

chegam ao sistema de saúde com complicações de um aborto inseguro, o qual geralmente ocorre em mulheres de baixa renda que, não tendo condições financeiras para bancar um método mais seguro e mais caro, recorrem à formas mais perigosas de provocar o aborto (MEDEIROS et al., 2011).

O abortamento inseguro é definido pela OMS como “o procedimento utilizado para interromper a gravidez, realizado por pessoas não-habilitadas ou em ambiente não-adequado” (CECATTI et al., 2010, p. 106). Este tipo de abortamento possui grande dificuldade de ser mensurado devido a sua proibição, o que dificulta a notificação do mesmo (MELLO; SOUSA; FIGUEROA, 2011).

Segundo relata Lima (2000), apesar de frequentemente se mostrar como um problema do setor da saúde, o aborto envolve aspectos sociais, políticos, econômicos, religiosos e educacionais e para a resolução desse problema não basta apenas discutir sua legalização, e sim, aumentar a educação geral da população sobre o tema e sobre os métodos contraceptivos.

O aborto tem sido profundamente estudado, e sua importância como um problema de saúde pública no Brasil tem sido reconhecida nos dias atuais, com isso, tem-se incluído o tema em agendas de movimentos sociais, tanto nacionais como internacionais, como prioridade. Apesar de ser um problema atual e de grande importância, a maior parte dos países em desenvolvimento não possui em seus sistemas de saúde um plano sistemático ou uma atenção médica emergencial eficaz que possa ser fornecida à mulher que, em consequência do abortamento, sofre complicações. Entender o abortamento provocado como um problema de saúde pública é vê-lo como uma questão que necessita de cuidados na saúde e não mais como uma infração legal, moral e realizado por mulheres consideradas irresponsáveis pela sociedade (DINIZ, 2007; MENEZES; AQUINO, 2009; MONTEIRO; ADESSE, 2006).

No Brasil, poucos estudos empíricos existem referentes ao tema, o que pode ser justificado pelo contexto de ilegalidade e imoralidade ao qual o tema está inserido no país. A realização de pesquisas com mulheres sobre o tema gera riscos tanto para a entrevistada quanto para o entrevistador, pois a promessa de sigilo existente entre os dois não tem valor legal frente a investigações judiciais ou policiais. Os campos de estudo sobre o aborto em geral são dominados por pesquisadores do sexo feminino,

com formação em Ciências da Saúde, e, as pesquisas empíricas em sua maioria realizadas por médicas ou enfermeiras, que possuem a garantia de sigilo devido ao ato profissional (DINIZ, 2007; DINIZ et al., 2009).

Olinto e Moreira Filho (2004) afirmam que um dos métodos que se tem melhor resultado ao se colher dados sobre o abortamento diretamente das mulheres é o método de urna, e que em seu estudo foi utilizado com uma urna com tampa de acrílico, gerando mais segurança da mulher entrevistada.

O fato de a maioria dos estudos sobre o aborto serem realizados com mulheres que foram admitidas em unidades hospitalares da rede pública com diagnóstico de aborto incompleto e em geral, à beira do leito da paciente, faz com que apenas uma parcela da população que praticou tal ato seja estudada, já que apenas as que sofrem complicações provenientes do abortamento procuram ajuda nos hospitais públicos, o que também faz com que os números de curetagem pós-aborto tenham se elevado como um dos procedimentos mais realizados no campo obstétrico na última década (MENEZES; AQUINO, 2009).

Cecatti e outros (2010), ao abordar o assunto do abortamento, confirmam que a ilegalidade não impede a ocorrência do abortamento, porém as condições sociais e econômicas da mulher influenciam em uma possível complicação pós-aborto, fato que foi confirmado por Mello, Sousa e Figueroa (2011) que afirmam que mesmo introduzido em um contexto de ilegalidade no Brasil, e em diversos outros países, o abortamento ilegal continua a ocorrer de forma indiscriminada e em diferentes classes sociais e com mulheres de diferentes níveis de instrução, porém, as condições socioeconômicas das mulheres podem interferir de maneira direta com o fato de ter ou não complicações após o abortamento. É enfatizado ainda pelos autores que no ano de 2006 a OMS fez uma estimativa de que cerca de 15% das mortes maternas sejam provenientes de complicações geradas por abortamentos, estimativa que pode chegar a 50% dependendo do local.

Diniz (2007) argumenta que as poucas evidências existentes em pesquisas brasileiras comprovam que, devido à ilegalidade do abortamento, as mulheres buscam formas de realizá-lo sem que ninguém descubra o ato, o que traz sérias consequências à própria saúde. Fato este descrito também na pesquisa de Cecatti e outros (2010) que acrescentam ainda que as consequências desse abortamento

atingem não só a mulher, que além de todos os riscos, é estigmatizada, mas afeta também a sociedade em geral, pois, prejudicando a saúde da mulher, faz com que se tenha uma sobrecarga do sistema de saúde e gere custos.

Mello, Sousa e Figueroa (2011) comentam que houve um aumento no número de abortamentos ocorridos em unidades hospitalares da rede pública após o fim dos anos 1980 e início dos 1990, aumentos esses que também podem ser explicados pelas mudanças na legislação por volta de 1998 que fez com que alguns juristas passassem a considerar algumas malformações congênitas como sendo fatores que fossem favoráveis ao aborto legal. O fato de se ter uma permissão legal para a realização do abortamento para algumas situações, como em casos de violência sexual, reduz sua prática de forma clandestina e faz com que a mulher tenha um atendimento mais seguro, recorrendo a serviços públicos de saúde.

No estudo de Cecatti e outros (2010) chegou-se à conclusão de que tanto o aborto espontâneo quanto o provocado tem um aumento com a idade das mulheres. Especificamente em seu estudo, a faixa etária que obteve maiores proporções em abortamentos foi a de 35 anos de idade, contudo os autores ressaltam que, tratando-se da idade, se deve levar em conta que quanto maior a idade, maior o tempo de exposição à uma possível gravidez e conseqüente aborto. Em outro estudo, Santos, Andreoni e Silva (2012) chegaram à conclusão de que a faixa etária em que o aborto espontâneo predomina é a de 40-45 anos de idade.

Ainda sobre o assunto, cabe citar o trabalho de Diniz e Medeiros (2010) que realizaram um estudo mostrando os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), uma pesquisa com técnica de urna foi realizada nos domicílios das mulheres selecionadas no ano de 2010, era necessário que as mulheres fossem alfabetizadas e com idades entre 18 e 39 anos para participar do estudo que foi realizada em todo o Brasil nas localidades urbanas. Ao total, foram 2.002 entrevistas realizadas, nas quais foram aplicados questionários com perguntas gerais e um questionário perguntando se a mulher já havia realizado algum aborto, e caso resposta afirmativa, deveria responder também com que idade foi o último aborto, se usou medicamento para realizá-lo e se ficou internada por causa do aborto, e depois de respondido, a mulher deveria colocar o questionário na urna. Como resultados a pesquisa pode ter como evidência que o aborto não é feito apenas para não ter

filhos precocemente ou tardiamente, pois cerca de 60% das mulheres realizaram seu último abortamento entre 18 e 29 anos, sendo o pico da incidência entre 20 e 24 anos. Além disso, notou-se ainda que mais de uma em cada cinco mulheres com 40 anos já fizeram aborto. Ainda pode-se notar que a religião não é um fator que impeça a realização do abortamento, pois a maior parte deles foi realizada por mulheres que se denominaram católicas, seguidas de protestantes e evangélicas e, por fim, mulheres de outras religiões ou sem religião.

2.6.1 O uso do Misoprostol no abortamento ilegal

O cytotec, medicamento cujo principio ativo é o misoprostol, foi desenvolvido originalmente para o tratamento de úlceras gástricas, porém, atualmente é utilizado como um método abortivo. Com o uso deste medicamento para fins abortivos, ocorreu uma queda na mortalidade materna, no entanto, um aumento nas internações hospitalares, o que é explicado pelo fato das mulheres iniciarem o processo de abortamento com o uso do medicamento e o encerrarem nos hospitais da rede pública com a curetagem uterina (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

A entrada do Misoprostol como principal medicamento usado em abortamentos é discutido ainda por Diniz e Castro (2011) que relatam que uma mudança de cenário ocorreu com os *medical abortion*, ou aborto por medicamentos, não somente nacionalmente como também internacionalmente. Em 1990, a venda do Cytotec foi proibida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tendo sua venda permitida somente para tratamento da úlcera gástrica. Atualmente, a OMS e a ANVISA, reconhecem o medicamento como principio ativo que tem indicação para uso obstétrico e com segurança e eficácia comprovadas nos abortamentos realizados até a 12^o semana de gestação.

Com o uso do misoprostol notou-se que as complicações como infecções e hemorragias diminuiram o que difere muito das complicações trazidas por métodos abortivos usados no início dos anos 80, que eram mais agressivos (MENEZES; AQUINO, 2009). Diniz e Medeiros (2010) em seu estudo com mulheres que realizaram abortos observou que na metade dos casos houve uso de medicamentos para a realização do último aborto e que, provavelmente, a outra parte das mulheres

realizou o abortamento sem condições básicas de saúde, fato que foi considerado devido à baixa escolaridade da maior parte das entrevistadas.

Apesar do uso, o abortamento através de medicamentos é proibido no Brasil, salvo em casos de abortamento legal, porém, se tem um comércio ilegal de medicamentos abortivos, e o principal é o misoprostol (DINIZ; CASTRO, 2011).

Diniz e Castro (2011) relatam ainda que outros medicamentos também são vendidos como abortivos clandestinamente, mas não possuem nenhum registro na ANVISA e não tem sua ação comprovada para o fim a que é destinado. O comércio clandestino de medicamentos com a finalidade de causar um abortamento teve seu funcionamento descrito no estudo, em que se destacou que além de vender o medicamento, o responsável por essa venda também ensina/informa sobre seu uso. Em sua maioria as pessoas que procuram esse medicamento para o uso no aborto foram anteriormente recomendadas a usá-lo por pessoas de seu convívio que já fizeram uso e, além de indicar, também compartilham suas experiências do uso do misoprostol e de chás e medicamentos que, no conhecimento popular, usados em conjunto podem provocar um aborto.

Silva e outros (2010) apresentaram em seu trabalho que normalmente o misoprostol é conseguido pela mulher através de amigas, farmácia, com o parceiro, via internet, entre outras formas, e que o preço pode variar de R\$ 40,00 a R\$ 133,00 por comprimido.

Quando utilizado com a dosagem certa e de maneira correta, o misoprostol se mostra um meio seguro e eficaz para a realização do aborto, todavia é possível que o comércio ilegal desse medicamento já esteja repleto de falsificações, o que explicaria o registro de dezenas de mulheres com abortamentos incompletos como consequência de seu uso (DINIZ; CASTRO, 2011).

Diniz e Medeiros (2012) ainda identificam que após o uso do misoprostol as mulheres aguardam um período para que o medicamento faça efeito, no entanto, quando as dores não são possíveis de suportar, ou ocorre sangramento durante horas sem expulsão, o serviço médico é procurado, contudo, somente após o tempo necessário para que o medicamento se dissolva e não deixe rastros de seu uso ao olhar do profissional que irá a atender.

2.7 SENTIMENTOS VIVENCIADOS NO PROCESSO DE ABORTAMENTO

Os sentimentos estão presentes em todas as fases da vida do ser humano, por mais que algumas vezes a pessoa não consiga entendê-los ou mesmo ter consciência deles, eles influenciam todas as ações tomadas durante a vida (MENEZES; TEIXEIRA; ROLIM, 2008).

A gravidez tem um significado pessoal para cada mulher, que varia de acordo com a estrutura de personalidade de cada uma, podendo gerar sentimentos de alegria e felicidade quando a gestação é esperada, ou de angústia quando a mulher não quer a gestação por motivos diversos. Quando uma gestação que era desejada é interrompida por um abortamento espontâneo a mulher pode vivenciar sentimentos de fracasso pessoal e alterações na identidade, já quando o abortamento é provocado deve-se entender que existem diversos motivos particulares para que a escolha de abortar tenha sido tomada, que podem ir desde questões sociais e financeiras até violência sexual (BENUTE et al., 2009).

Entre as razões que levam uma mulher a abortar, de acordo com Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005) podem se destacar a idade, que quando muito baixa pode levar a uma completa mudança na vida tanto da mulher quanto na do homem, influenciando nos estudos e no futuro previamente planejado, a profissão e as condições socioeconômicas entram como razões no que se refere à condição financeira de criar um filho, pois uma gravidez atrapalharia a profissão, podendo causar até um desemprego em casos de serviços informais ou a uma dificuldade de se conseguir um trabalho estando grávida que, por consequência levaria a uma condição financeira menos favorável. Os autores ainda completam dizendo que as mulheres sofrem influência de terceiros na decisão de abortar, sendo esta muito forte, principalmente quando os mesmos já provocaram um abortamento antes, e a pressão exercida pela família sobre a mulher também influência na tomada de decisão em que a não aceitação da família, e o medo da reação dos pais diante da gravidez indesejada se tornam influências fortes para prática do aborto (OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005).

Em seu estudo, Benute e outros (2009), buscaram identificar os sentimentos de ansiedade, depressão e culpa em mulheres que sofreram abortamentos

espontâneos e entre aquelas que provocaram o abortamento. Para chegar aos dados expostos no trabalho, os autores realizaram entrevistas com um número de 100 mulheres, sendo que 50 dessas mulheres provocaram o abortamento e 50 tiveram abortamento espontâneo. As entrevistas foram semi-dirigidas e realizadas 30 dias após o abortamento sofrido por elas e foi aplicado a escala *Hospital Anxiety and Depression* (HAD), e após os dados serem analisados se concluiu que o abortamento provocado tem os maiores índices de ansiedade e depressão e que o estado marital é um fator relevante para o aborto provocado, mesmo em mulheres solteiras com renda mensal semelhante à de uma família estruturada. No estudo foi perguntado sobre a crença de um “castigo” futuro por ter provocado ou sofrido um aborto, em que a maior parte das mulheres pesquisadas que provocaram o abortamento acreditava que iriam pagar de alguma forma no futuro pelo ato cometido, contudo, parte das mulheres que sofreram o abortamento espontâneo também tinha essa crença.

Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005), ao analisar os sentimentos envolvidos na prática do aborto também citam a culpa em ambos os tipos de abortamento, sendo que no provocado essa culpa é proveniente do ato em si, e no espontâneo, o culpa vem do fato de não ter conseguido levar uma gestação a termo. O medo de ser castigada e o medo de morrer também são citados no estudo, e pode ser comparado ao “castigo” citado no trabalho de Benute (et al., 2009). Os mesmos autores (OLIVEIRA; BARBOSA; FERNANDES, 2005) continuam dizendo que esse medo de ser castigada que é sentido pelas mulheres tem uma forte questão religiosa envolvida, na qual o ato de abortar é considerado pecado, e daí surge o medo da punição, já o medo de morrer é causado pelas complicações causadas pelo abortamento provocado.

Ainda falando sobre o mesmo assunto, cabe citar Mariutti e Furegato (2010) que ressalta que quando o aborto é provocado, causa um sentimento de ansiedade, depressão e vergonha, que pode durar por até cinco anos, já nos abortamentos espontâneos ou naturais, os sentimentos que acometem a mulher, a depressão e a ansiedade, duram apenas os seis primeiros meses que sucedem a perda.

Outro sentimento que é evidenciado por Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005) é o remorso e os autores relatam que a tristeza evidenciada pelas entrevistadas é

relativa à importância que as mesmas dão ao fato ocorrido ou a repetição do mesmo.

Além de todos os sentimentos relatados acima, a mulher que provoca o abortamento pode vivenciar também uma diminuição da auto-estima causada pelo sentimento de destruição do próprio filho, aversão ao marido ou amante, culpa, frigidez, insônia e depressão. Nota-se também que grande parte dos casais que se decidem pelo aborto juntos, acabam se separando após o mesmo e, conseqüentemente, culpando os profissionais de saúde que não lhes informou sobre as conseqüências que a decisão tomada podia acarretar (MENEZES; TEIXEIRA; ROLIM, 2008).

Rodrigues e Hoga (2006) também trazem uma grande contribuição ao tema em relação aos sentimentos que envolvem o abortamento ao analisar o lado dos homens que sofreram a experiência de um abortamento juntamente com suas parceiras. Os homens relataram ter sentimentos de tristeza e infelicidade pela perda de um filho quando passaram pela experiência de um abortamento espontâneo sofrido por suas parceiras ocorreu ainda a um sentimento de dor e de uma chance perdida. A chateação, decepção e depressão também estavam envolvidas com o fato de não poderem ser pais, a preocupação com a parceira, a culpa pelo o aborto sofrido, e a sensação de ser discriminado por ser homem, nos quais os entrevistados se queixavam da falta de apoio dada ao sexo masculino, que mediante o fato, também ficava fragilizado, e necessitava de orientação e apoio tanto quanto sua parceira. O autor continua o estudo apresentando os sentimentos vivenciados pelos homens cuja parceira passou por um abortamento provocado em que a confusão quanto ao ocorrido, a chateação e tristeza, o mal-estar, a culpa, o arrependimento e a mágoa foram sentimentos manifestados pelos homens, aqueles que apoiavam e os que não apoiavam o ato. A ausência do sentimento de responsabilidade também foi relatado por alguns homens, dentre esses os que participaram da decisão e por aqueles que não concordavam com a escolha da parceira.

Ainda no mesmo estudo, Rodrigues e Hoga (2006) destacam que ocorreu um abalo emocional no meio dos homens que participaram diretamente do abortamento realizado pela parceira, sendo possível notar em alguns até a mudança no relacionamento que em alguns casos gerou rompimento do casal, ao contrário do

ocorrido nos casos em que o abortamento foi espontâneo, onde os homens relatavam que apesar de todo o sofrimento e frustração provenientes do abortamento, o relacionamento sofreu um amadurecimento e a união do casal ficou mais intensa.

O estudo de Dantas, Diniz e Couto (2011) também buscou entender os sentimentos e a percepção masculina no processo de abortamento, destaca que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em seus princípios e diretrizes relata que é direito do homem participar do processo de tomada de decisão de ter ou não filhos e acompanhar a gravidez. Ao estar presente ativamente ou vivenciar a decisão tomada pela parceira sobre o aborto, o homem se vê imerso em uma gama de sentimentos contraditórios, por vezes se ausenta totalmente do processo e decisão, fazendo com que a mulher passe por tudo sozinha, mas ao perceberem o ato como consumado, expressam arrependimento por terem estado agindo de forma passiva na decisão da mulher e não ter impedido o abortamento, mas ao mesmo tempo aliviados por não terem mais que lidar com o que era considerado um problema e por não terem participado da tomada de decisão.

Diferentes desses sentimentos expressos pelas autoras acima, Rodrigues e Hoga (2005) relataram os sentimentos masculinos especificamente nos abortamentos espontâneos, e pode perceber que o sofrimento é tão grande quando o da mulher, porém esse sofrimento é em silêncio. Nas frases retiradas das falas desses homens destacam-se algumas onde é possível notar nitidamente o tamanho da dor que o abortamento causa a eles

Dores e sangramento...havia perdido nosso filho...[...] meu filhinho virou lixo de hospital...[...] a cabeça entende...o coração não...[...] fiquei morto por dentro de decepção... eu mereço um filho...[...] sofri... padeci...[...] fui discriminado... não acreditam na dor do homem (RODRIGUES; HOGA, 2005, p. 261).

Além da dor, os homens expressam a necessidade de atenção e orientação, que deveria ser disponibilizada pelos profissionais de saúde, para que se consiga passar por todo sofrimento sentido (RODRIGUES; HOGA, 2005).

2.8 O ABORTAMENTO NA ADOLESCENCIA

Para a OMS, a adolescência é considerada a fase compreendida entre 10 e 19 anos de idade. É nessa fase que o jovem sofre mudanças, anatômicas e psicológicas, que o preparam para a fase adulta, no entanto, com o descobrimento de sua sexualidade e a sua liberdade sexual, muitas vezes esse adolescente se depara com uma gravidez, o que faz com que a fase da adolescência seja trasposta de maneira rápida, quando ainda não se está pronto para essa mudança. E é nesse momento que muitos optam por um aborto provocado, mesmo sabendo que essa prática encontra-se em um contexto de ilegalidade (CORREIA et al., 2009; SOUZA et al., 2001).

Correia e colaboradores (2009) expressam ainda que nessa fase é comum o uso de forma incorreta ou o não uso de métodos contraceptivos. Cerca de 25% das gestações que ocorrem durante a adolescência de maneira não planejada evoluem para um aborto feito de forma ilegal, com risco de mutilações e morte.

Souza e outros (2001) ainda enfatizam que, por não usarem métodos que possam prevenir uma gravidez, pois não conseguem associar a fecundidade com a relação sexual, só a encarando de fato quando a mesma acontece, e nesse momento recorrem ao abortamento como um método de contracepção. Quando a decisão de abortar é tomada, ocorre de forma diferente nas classes sociais, a adolescente com melhores condições recorre a clínicas “especializadas” e conseguem ter uma assistência de mais qualidade, enquanto as adolescentes de baixa renda recorrem a métodos rudimentares e a pessoas não habilitadas para a realização do abortamento, correndo um sério risco de complicações e consequente morte. Ainda é relatado que tanto para tomar a decisão de abortar, quanto para se encaminhar ao hospital após o abortamento para serem tratadas, as adolescentes necessitam do apoio de terceiros.

O fato dos adolescentes não usarem preservativos durante as relações é comprovado no estudo de Chaves e outros (2010) que mostra que, em sua pesquisa com 201 adolescentes que tiveram como diagnóstico o abortamento incompleto, não citaram o uso de preservativos nas relações sexuais. Ainda é relatado que dentre essas adolescentes, 164 foram classificadas em abortamento certamente provocado, e dentre esse número, 77,4% declarou ter feito o uso do misoprostol para induzir o aborto.

Souza e outros (2001) destacam ainda em seu estudo que 48% dos abortamentos entre as jovens pesquisadas ocorreram durante a primeira gravidez, e 52% tinham história de outras gestações, o que confirmou o fato das adolescentes engravidarem novamente após a primeira gestação, em média 36 meses depois. Fato este que é mostrado também por Correia e outros (2009) que encontraram uma ocorrência de quatro abortos consecutivos, sendo um por ano, em uma mesma adolescente, e chegaram à conclusão que tal fato confirma o que é mostrado em outras literaturas que, quando não orientadas e devidamente acolhidas durante a gestação, parto e abortamento, a adolescente pode novamente passar por uma gravidez não desejada seguida de outro abortamento.

Dentre os motivos que levam as adolescentes a optarem por realizar um aborto encontramos como mais frequentemente: o medo da reação dos pais frente a gravidez, a idade, e o medo da reação do companheiro diante do fato. Entre os outros motivos menos frequentes encontram-se o medo do que os outros vão falar ou pensar, o fato de que não queria engravidar, a falta de apoio da família à gestação, e em alguns casos, que pelo autor só foi citado como ocorrido com uma adolescente no estudo, o estupro (CORREIA et al., 2011).

Apesar de estar inserido em um contexto de imoralidade, e levantar questões éticas, morais e legais, além de ser proibido no Brasil, levar a pressões psicológicas, sociais e, por muitas vezes, causar medo, culpa e vergonha, a prática do aborto ilegal continua sendo realizada, principalmente na adolescência, na qual a procura é como uma forma de se evitar ter filhos, de maneira que essas adolescentes usam o aborto ilegal como uma alternativa a gravidez. Ao realizar o ato do abortamento, além de sentirem o medo, a culpa e a vergonha citados acima, a adolescente ainda passa por humilhações e desprezo, além de enfrentarem julgamentos dos profissionais de saúde que as atendem (CORREIA et al., 2009; PERES; HEILBORN, 2005; SOUZA et al., 2001).

2.9 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO ABORTAMENTO

Na análise dos artigos referentes aos profissionais de saúde, pode-se notar que a maioria falava exclusivamente de abortamentos previstos em Lei e provocados. A abordagem dos profissionais de saúde ao tema do aborto é muitas vezes fortemente

influenciada por questões morais de cada um e a religiosidade, o que torna a compreensão do tema como um problema social devido à clandestinidade, muito mais difícil (SOARES, 2003).

A atenção do profissional no aborto legal deve sempre estar regulada nos princípios éticos do profissional. Além disso, o profissional deve sempre usar abordagens sensíveis, evitar julgar, estar aberto a esclarecer dúvidas, falar sobre saúde reprodutiva, gravidez e aborto inseguro, manter a mulher sempre informada dos procedimentos que serão realizados nela, não somente em casos de aborto legal, mas também em casos de abortamentos ilegais e espontâneos (FARIAS; CAVALCANTI, 2012).

A forma de atendimento às mulheres que sofrem abortamento, não importando o tipo, deve mudar, sendo preciso inserir nesse atendimento o devido acolhimento dessa mulher, a orientação, e suprir as necessidades emocionais e físicas da mulher nesse momento (ESPIRITO-SANTO; VIEIRA, 2007).

Soares (apud FARIAS; CAVALCANTI, 2012) relata que apesar de legal, existe uma dificuldade muito grande em conseguir profissionais dispostos a trabalhar no abortamento permitido por lei, fato este que pode ser explicado pelo desconhecimento da legislação pelos profissionais de saúde que, por não conhecerem as leis que vigoram no país referente ao aborto, tem medo de serem penalizados ao realizar o procedimento, mesmo em casos em que estão em conformidade com a atual legislação. Os valores religiosos também se mostram um forte fator para a aceitação do profissional para se trabalhar em serviços de abortamentos legais e o fato de não conseguirem separar a prática profissional dos valores pessoais, e o medo de ficarem marcados como aborteiros faz com que se tenha uma rejeição ao trabalho (FARIAS; CAVALCANTI, 2012).

Esse desconhecimento da legislação é mencionado ainda por Silva e Bianco (2009) que em estudo feito com graduandos de Medicina e Enfermagem notou que a maioria desconhecia as leis vigentes no país relacionadas ao aborto, sendo que o índice de erros referente ao questionamento sobre a legislação superou o de acertos, notando-se também respostas equivocadas sobre os casos em que não se pune o abortamento.

O medo do profissional de ser tachado como aborteiro também é mencionado por Soares (2003) que ainda acrescenta que tal medo é comprovado pelas pressões e cobranças realizadas por outros colegas de trabalho e os olhares de recriminação que são direcionados aos profissionais que trabalham para atender a demanda de abortamentos legais.

Esse medo dos profissionais ao realizarem o aborto legal é citado ainda por Farias e Cavalcanti (2012) que descrevem que em seu estudo foi possível verificar que os profissionais muitas vezes não davam credibilidade as pacientes que procuravam os serviços para a realização de um aborto por causa de uma gravidez resultante de violência sexual, e os profissionais que as atendiam colocavam como um condicionante a realização do procedimento a apresentação do Boletim de ocorrência (BO), justamente pelo medo de estarem cometendo um crime caso a mulher estivesse mentindo sobre a suposta violência sofrida, comprovando o total desconhecimento da legislação.

Esse aspecto ainda é comentado por Soares (2003) que identifica ainda que o abortamento em casos de estupro é um dos mais difíceis de lidar, tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais, que esperam que a mulher seja capaz de lidar com o sofrimento, leve a gravidez adiante e encaminhe o bebê a adoção. Segundo ainda relata Drezett (apud SOARES, 2003) o lidar do profissional nesses casos passa pelo descredito dado a palavra da mulher e, muitas vezes, a desconfiança quanto a sua responsabilidade na violência sexual sofrida.

Fatores citados por Farias e Cavalcanti (2012) para a dificuldade do profissional de saúde ter uma posição favorável de fato à realização do abortamento legal são: o valor que é dado à vida, a relação da mesma com a sua formação profissional, os valores morais, e os avanços tecnológicos, que permitam desse profissional ver a formação do embrião/feto.

D'Oliveira e Schraiber (apud SOARES, 2003) também enfatizam que a falta de capacitação profissional, a deficiência de domínio teórico e prático para tratar dos agravos causados pela violência sexual e a crença de que o assunto não é um problema pertinente a área da saúde, mostra o despreparo desse profissional para lidar com essa questão, que não é abordada durante sua formação acadêmica.

A diferença do atendimento prestado pelo profissional em casos de mulheres que chegam ao serviço de saúde com diagnóstico de abortamento incompleto, cujo profissional sabe que o abortamento, em determinados casos, foi provocado é relatado por Aguirre e Urbina (apud SOARES, 2003) que destacam que a conduta do profissional se torna punitiva. É possível ver também o desrespeito a essa mulher, a negligência e o preconceito com as atitudes tomadas por alguns profissionais. Benute (et al., 2012) também chegou a mesma conclusão, relatando que a assistência prestada a essa mulher é baseada no julgamento, punição, raiva e discriminação.

Diniz e Medeiros (2012) também concordam com os autores citados anteriormente e ainda acrescentam que essas mulheres muitas vezes sofrem maus-tratos vindos dos profissionais que deveriam estar cuidando delas, e dentre esses maus-tratos se encontram os julgamentos morais, contato físico realizado de maneira bruta, demora a ser atendida, ameaças de denúncia a polícia, além de serem alojadas em quartos coletivos onde estão diversas mães com seus filhos recém-nascidos.

As autoras Espírito-Santo e Vieira (2007) também perceberam que quando ocorre uma suspeita do profissional de que essa mulher induziu o aborto, tem-se uma tendência a pré-julgar que tais mulheres são irresponsáveis, ou carentes, marginalizadas e desprotegidas.

É válido frisar uma fala que é mostrada no trabalho de Soares (2003) em que um profissional relata:

“Eu acho que a gente deve olhar para a mulher que fez um aborto, sempre vendo as causas... Eu não conheço nenhuma mulher que depois que faz o aborto diga: ‘ah, eu abortei!’ com felicidade. Então, não podemos pensar que ela fez porque gosta de fazer crime, de fazer aborto... porque quando se incrimina a mulher é porque se acha que ela gostou de fazer [...]”.

Benute e outros (2011) em sua pesquisa realizada com profissionais que trabalhavam no setor de Obstetrícia de um hospital mostraram que metade dos médicos entrevistados, uma parte dos enfermeiros e outros profissionais declararam que acreditam que a mulher que provoca o aborto e busca atendimento é tratada com discriminação. Porém ao se pesquisar os profissionais que observavam o atendimento de outros profissionais a essas mulheres indicaram que a discriminação era realizada por médicos, seguidos de profissionais da enfermagem e demais

trabalhadores da área da saúde, sendo que a frequência em que cada categoria foi indicada pelos entrevistados foi de 88,6%, 80,5% e 5,7% respectivamente.

Tem-se uma tendência dos profissionais a negar a diferença de atendimento que é dada por eles nos casos de abortamento, porém, em seu estudo Espírito-santo e Vieira (2007) comprovaram que os mesmos se contradiziam em seus próprios depoimentos, onde mostravam sinais de comportamentos discriminatórios, e ainda que o atendimento as mulheres que provocaram o aborto além de diferenciado, era realizado de forma a repreendê-las pelo ato feito.

O cenário do atendimento ao abortamento muda quando este é espontâneo, como é relatado por Colas, Aquino e Mattar (apud DUARTE; ALMEIDA, 2010) em seu estudo onde observaram que os atendimentos nesses casos são melhores, os profissionais se mostram mais positivos frente à participação e mais compreensivos sobre o tipo de abortamento. O que difere do atendimento de abortamentos induzidos em que os profissionais se mostraram mais contrários a participar. O que também é percebido por Barbosa, Bobato e Mariutti (2012), em que se percebeu que o sofrimento sentido pelas mulheres que passam por abortos espontâneos é compreendido pelos profissionais, a frustração e fragilidade apresentada por elas são percebidas, porém o mesmo não ocorre nos abortamentos induzidos e o sofrimento dessas mulheres não é percebido pelos profissionais.

A mulher que sofreu um abortamento espontâneo é tratada com mais cuidado e atenção, recebe mais apoio da equipe do que aquela que se acredita que induziu o aborto sendo que, por vezes, os profissionais acreditam que apenas as mulheres que tiveram um abortamento espontâneo sofrem com a situação e ao se depararem com uma mulher que não demonstra sentir-se abalada emocionalmente já se tem como verdade de que a mulher provocou o aborto e o profissional espera que se tenha um sentimento de culpa e não sofrimento (ESPÍRITO-SANTO; VIEIRA, 2007).

Sendo assim, Duarte e Almeida (2010) chegaram à conclusão de que os profissionais não estão preparados para viver os aspectos psicoemocionais de um abortamento, fazendo-se necessário a capacitação desse profissional, não somente durante sua formação acadêmica.

É importante citar também como a paciente que entra com um abortamento induzido percebe esse atendimento prestado pelo profissional, em que o simples fato de

receber sem desaprovação ou mesmo conversar de forma respeitosa já faz com que as mesmas considerem esse atendimento como sendo bom (SILVA; BIANCO, 2009).

Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) relatam que o processo de acolhimento de mulheres em abortamento deve ser feito também com palavras de apoio, segurança, e conforto, principalmente ao se perceber o sofrimento delas.

Apesar de muitos tratarem o aborto induzido com discriminação, ainda se tem aqueles profissionais que procuram se atentar aos próprios atos para evitar comportamentos discriminatórios e que enxergam o aborto como um momento delicado, que meche com o emocional da mulher e que se deve tratar com discrição e privacidade, não importando o tipo de abortamento (ESPÍRITO-SANTO; VIEIRA, 2007).

Bazotti, Stumm e Kirchner (2009) enfatizam que o dever do profissional é cuidar e zelar pelo bem-estar da mulher, e não opinar e julgá-la. Deve se agir conforme a ética, tendo sempre respeito à vida, aos direitos do ser humano e agir sempre sem discriminação, sendo assim, a comunicação e o saber ouvir são fundamentais.

2.10 O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E O ABORTAMENTO: OPINIÃO E CUIDADO

A profissão de enfermagem lida com o paciente em todo o período em que o mesmo necessita de cuidados, desempenhando sempre um papel de extrema importância e dando o devido cuidado com respeito e acolhimento imprescindível ao atendimento do paciente. Entretanto, quando se trata de assuntos considerados pela sociedade como errados e imorais como é o caso do abortamento provocado, esse cuidar fica prejudicado, pois, por não conseguir separar todos os valores morais e religiosos que carrega consigo do atendimento que deve prestar, o profissional acaba assistindo a essa mulher de forma discriminatória, adotando um posicionamento julgador e preconceituoso durante seu atendimento (COSTA et al. apud SILVA ARAÚJO, 2011; NERY apud SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010).

Silva e Araújo (2011) ressaltam o fato de que o código de ética de enfermagem em seu art. 23 declara que o atendimento de enfermagem deve ser sem discriminação

de qualquer natureza, porém não é o que se vem sendo observado no próprio estudo, os autores chegaram à conclusão de que o cuidado é influenciado pela opinião pessoal do profissional, opinião essa que é influenciada pela causa do aborto. Em casos de abortamentos legais, Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) dizem que o atendimento não deve ser prejudicado ou interferido pelas questões religiosas ou filosóficas do profissional. Lunardi e Simões (2004) citam que quando contrário ao abortamento, o profissional não tem o direito de punir a mulher que o realizar.

O atendimento à mulher em processo de abortamento deve ser pautado além de tudo na ética e nos princípios de igualdade, liberdade e dignidade que todo ser humano tem como direito (BRASIL apud SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010). Quando a enfermagem age de maneira ética, ela está respeitando o paciente e prestando um cuidado mais humanizado (BEAUCHAMP; CGILDRESS apud SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010).

Em sua pesquisa Góes e Lemos (2010) puderam observar que a discriminação a mulher que provoca o abortamento pelos profissionais de enfermagem é observada desde a faculdade, na qual em pesquisa com acadêmicos dos 6º, 7º e 8º períodos, observou-se que eles culpavam somente a mulher pelo ato, esquecendo-se de que ela poderia ter sido incentivada por outros, e esquecendo-se também de quem realizou o abortamento nela ou ofereceu meios para a realização do mesmo, e nomeavam a mulher que realizava o tal ato como sendo fraca, covarde, desesperada, carente, assassina, ser sem amor e pessoa que busca o jeito mais fácil de resolver as coisas. Os mesmos acadêmicos ainda apontavam que a abordagem do tema durante a formação era muito superficial.

É necessário que a enfermagem ao se deparar com um caso de abortamento volte seu cuidado para a mulher, desapegando-se de crenças e valores pessoais de forma a que se evite julgar a paciente e, assim, possa ser oferecido um cuidado digno, respeitoso, holístico e humanizado (SANTIAGO; VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010), porém, tal atendimento não é fácil de ser prestado, Lunardi e Simões (2004) percebem que a equipe de enfermagem se vê por diversas vezes em situações onde incertezas e conflitos são gerados e especificamente nos casos de aborto, os profissionais se encontram divididos entre a dualidade existente da vida x

morte, e a falta de preparo para lidar com tais questões dificulta um atendimento sem julgamentos.

Ao tratar desse assunto, Lunardi e Simões (2004) ainda acrescentam que essa dificuldade de se desvincular de suas crenças e valores se dá por que os profissionais são seres humanos e, por isso, tomam decisões no que acreditam ser o certo.

Ao se analisar a assistência prestada por profissionais de enfermagem a mulheres que chegavam ao hospital em busca de atendimento para terminar um abortamento que foi iniciado de maneira clandestina, Silva e Araújo (2011) puderam perceber nas próprias falas dos entrevistados que a assistência que prestavam a essas mulheres era influenciada por valores pessoais, o que resultava em um atendimento repleto de negligência e agiam de modo a deixar exposto que a mulher que provoca aborto deve pagar por seus atos, ficando livres de julgamentos morais somente aquelas que estão de acordo com a lei, ou seja, as que procuram os serviços de aborto legal.

O ato de punir as mulheres que praticam o aborto vem desde o início do século XIX, no qual ao se descobrir que o aborto havia sido provocado, a assistência mudava completamente, não se administrava anestésicos e a espera por atendimento era maior, o descaso com essa mulher era nítido, e elas eram punidas com a dor pelo ato cometido (MARIUTTI; FUREGATO, 2010).

Ainda em relação ao abortamento provocado de forma ilegal, é percebido que o profissional além de julgar e discriminar, por acreditar que a mulher em processo de abortamento ilegal cometeu um crime e, além disso, são pecadoras perante as leis de sua religião, os profissionais passam a agir de acordo com seus valores e suas crenças e buscam meios de punir e castigar a mulher, priorizando o atendimento de outros e não dando a devida atenção que a mulher em abortamento necessita no momento, fato este que é confirmado por um profissional no estudo de Gesteira, Diniz e Oliveira (2008), no qual uma enfermeira afirma que a discriminação começa desde o acolhimento.

Adesse citada por Silva e Araújo (2011) ainda destaca que nos serviços de saúde há uma classificação na qual se divide os abortamentos em aceitáveis, aqueles que a Lei permite, e os não-aceitáveis, proibidos, e os espontâneos podem oscilar entre essas categorias, isso depende do olhar de quem as atende.

Queiroga Filho (apud SILVA; ARAÚJO, 2011) relata que se deve sensibilizar o profissional para que o mesmo possa atender a mulher de maneira humanizada, oferecendo apoio e conforto, não significando que com isso estará apoiando ou promovendo o aborto, o profissional estará apenas prestando um cuidado de qualidade, que é um direito de todo cidadão.

Riga, Reis e Lopes (2007) acrescentam ainda que é necessária uma educação permanente da equipe, apoio psicológico e respeito às próprias crenças e valores principalmente dos profissionais que trabalham atendendo as mulheres que procuram o serviço para executar um aborto legal e dar o direito do profissional de escolher se quer ou não participar da realização do mesmo. Em um estudo realizado por Lunardi e Simões (2004) foi percebido que alguns membros da equipe de enfermagem eram dependentes das ações e opiniões de outros profissionais, baseando nelas suas decisões, ou seja, se submetiam a realizar abortos legais mesmo que contra seus princípios somente por que outro profissional faria, e eles não podiam ir contra o que o outro profissional decidia.

A necessidade de um cuidado humanizado pela enfermagem no aborto também foi destacado por Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005) em que se percebeu a necessidade de se repensar na assistência que é prestada a mulher em abortamento provocado e também de se refletir sobre os tabus que envolvem o tema e sobre seus conhecimentos a respeito dos motivos que levam essa mulher a escolher realizar um aborto e conseqüentemente buscar pensar sobre o sofrimento que a mesma pode estar sentindo, de forma que, assim se consiga minimizar a discriminação existente e melhorar a assistência prestada.

Mariutti e Furegato (2010) identificam ainda que há casos em que a mulher não manifesta sua dor com choros ou expressões faciais de tristeza, preferindo ficar em silêncio, o qual deve ser respeitado e nunca entendido como uma demonstração de que a mesma não sente nada.

Soares (2003) nota que em uma de suas entrevistas, uma profissional da área de enfermagem relatava que ao cuidar de uma paciente em processo de abortamento legal preferia manter distância, e não saber da história da mesma nem o sentimento dela, o que vai contra ao dito por Domingos e Marighi (2010) que relatam que o ato de abrir espaço para que a mulher fale sobre o que sente além de ajuda-la, faz com

que seja possível planejar o cuidado necessário e específico a essa mulher, tal atendimento é imprescindível e o período de internação dessa mulher deve ser visto como oportunidade de escutar e entender todos os fatores que envolvem a decisão por ela tomada e relatam, ainda, que essa mulher sente necessidade de uma equipe que entenda suas necessidades físicas, psicológicas e sociais.

É importante que o profissional de enfermagem em seu cuidar enxergue além das necessidades biológicas, observando também o psicológico e social da mulher, sempre sem estar julgando ou tratando com preconceito (BRASIL apud SANTIAGO, VASCONCELLOS; CARVALHO, 2010).

A atuação da enfermagem nas situações de aborto tem um papel fundamental, desde seu acolhimento até o acompanhamento posterior ao abortamento (FARIAS; CAVALCANTI, 2012), em casos específicos, como no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual, a enfermagem se responsabiliza pelo acolhimento, triagem, anamnese e encaminhamentos, e depois de tomada a decisão e com toda a papelada pronta, a mulher novamente é atendida pelo profissional de enfermagem, juntamente com um médico e um psicólogo (HIGA; REIS; LOPES, 2007).

Ao se estudar o papel do enfermeiro no abortamento decorrente de um estupro em determinado hospital, Higa, Reis e Lopes (2007) notaram que a enfermagem se encontrava profundamente inserida nesse atendimento, estando presentes suas intervenções em três períodos: período pré-internação, no qual a enfermeira ouvia a decisão da mulher, a informava sobre direitos e deveres dela, e que caso a mesma estivesse mentindo sobre a violência e realizasse o aborto poderia ser criminalmente responsabilizada, orientava sobre todos os procedimentos e acolhia os familiares; no período da internação, no qual a enfermeira acolhia e reforçava todas as orientações dadas anteriormente, observava alterações emocionais e físicas, controlava a dor, proporcionava conforto e segurança, e orientava sobre exames necessários e vida sexual após o aborto, tudo realizado sem julgamentos; e na fase ambulatorial na qual durante seis meses a enfermeira acompanhava a evolução dessa mulher orientava e ouvia tudo o que a mulher tinha a lhe dizer.

De maneira geral, o cuidado de enfermagem a uma mulher que acabou de passar por um abortamento consiste principalmente em ouvir e orientar, Smeltzer e colaboradores (2009) se aprofundam mais no assunto e relatam que no abortamento

espontâneo a mulher apresenta sentimentos de perda e de ansiedade e frente às esses sentimentos o apoio e a compreensão são essenciais. A enfermagem deve se atentar para o fato de que a mulher que sofreu um abortamento espontâneo constantemente apresenta um sentimento de pesar e que, se esse sentimento aparecer tardiamente, pode provocar outros problemas até ser resolvido. Muitas vezes, a mulher que passa pelo abortamento é incentivada por pessoas próximas a não chorar, esquecer o ocorrido e essas mesmas pessoas evitam tocar no assunto com a mulher, porém, a enfermagem deve oferecer oportunidades para que a mulher fale tudo o que está sentindo ou sentiu com a perda, ouvindo atentamente todo o relato e buscando informações que possam ajudar a planejar um cuidado mais específico a essa mulher, ao mesmo tempo em que permite que a paciente converse e expresse de forma livre tudo o que sente, oferecendo assim um apoio emocional.

O ato de acolher a mulher e orientá-la são peças fundamentais na hora de se prestar um cuidado mais humanizado, e deve ser feito em qualquer tipo de abortamento, não somente os espontâneos, tratar dignamente, respeitar e escutar a paciente fazem parte de um bom acolhimento e, tão importante quanto acolher bem essa mulher, é orientá-la e tirar todas as dúvidas e preocupações que ela possa vir a apresentar. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento destaca que a enfermagem tem um papel diferenciado e importante no acolhimento dessa mulher, pois está presente ao lado dela desde a porta de entrada até a sua total recuperação clínica (BRASIL, 2011).

Ouvir é um ponto importante no cuidado de enfermagem, porém, esse simples ato deve ser realizado sem julgamentos, deve-se ouvir atentamente. O profissional de enfermagem deve sempre respeitar a escolha da paciente, e não pode impor suas próprias crenças e valores (BRASIL, 2011, SMELTZER et al. 2009).

Nery (et a., 2006) relata que é no ouvir que o enfermeiro conhece a história da mulher, a vida que ela levou, para assim, conseguir prestar um cuidado de qualidade. Mariutti, Almeida e Panobianco (2007) relatam que a mulher em situação de abortamento precisa estar expressando sua dor, frustração, e sente falta de um profissional que se disponha e se interesse por sua história, cuidado dela de forma integral, e não apenas física.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde ainda relata que é de responsabilidade de toda a equipe de saúde respeitar a fala da mulher, se atentar para que o acesso dessa mulher aos serviços seja feito de forma organizada e de acordo com as necessidades visualizadas, garantir a privacidade e a confidencialidade das informações que lhe forem fornecidas, estar identificando, avaliando e resolvendo conforme capacidade os riscos que essa mulher possa vir a apresentar, ou encaminhá-la a serviço competente e realizar os procedimentos sempre as informando o que vai ser feito e de forma humanizada (BRASIL, 2011).

Ensinar o paciente também faz parte do atendimento de enfermagem e é de grande importância para a paciente, principalmente para aquelas nas quais o abortamento foi provocado e explicar os procedimentos e o que se espera que ocorra após eles, e acompanhar após os procedimentos observando sinais que indiquem alguma complicação também faz parte do cuidado da enfermagem. Também se deve orientar a mulher sobre sua fertilidade, mostrando os métodos existentes de contracepção e ensinando o uso de cada um explicando seus benefícios e riscos. É importante orientar a paciente também sobre o uso de preservativos para se proteger contra doenças sexualmente transmissíveis. Deve-se lembrar de que o apoio psicológico também é necessário em casos de abortamentos provocados (SMELTZER et al., 2009).

No estudo de Menezes, Lima e Rolim (2008) pode-se verificar que mesmo na mulher que pratica o aborto, o conhecimento sobre o mesmo e sobre os riscos a que se expõe ao fazê-lo é pequeno, muitas não sabem nem definir o que é o aborto, e esse desconhecimento deve ser suprido pela enfermagem, que além de explicar o abortamento e os riscos que o mesmo tem, deve estar educando essas mulheres sobre a fertilidade das mesmas e sobre a necessidade de prevenção durante as relações sexuais.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011) ainda descreve que os métodos anticoncepcionais devem estar disponíveis no local em que essa mulher foi atendida, para que a mesma tenha a oportunidade de iniciá-los imediatamente, mas deve-se lembrar de que a mulher não é obrigada a aceitá-los, mas o profissional deve informá-la da existência deles.

Nos processos de abortamento pode-se haver muita dor e o controle da mesma deve ser sempre empregado, pois a mesma pode provocar sofrimento desnecessário a mulher, cabendo assim à enfermagem a administração do medicamento para alívio ou controle da dor, seguindo a prescrição de profissional capacitado (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar ainda que as próprias pacientes relatam que o saber ouvir e a comunicação que o profissional inicia com a cliente são fundamentais na assistência prestada (BAZOTTI et al., 2009). Em casos de abortamento provocado, somente o fato de o profissional receber a mulher sem uma postura desaprovadora e conversar com a mesma com respeito faz com que o atendimento seja visto como de qualidade e o verdadeiro atendimento humanizado se inicie (SILVA; BIACO, 2009).

O cuidado de enfermagem não deve ser prestado de forma mecanizada, visando somente o bem estar físico da paciente, o saber de enfermagem envolve aspectos do ser humano como um todo, e tais aspectos devem ser levados em conta na hora de prestar o cuidado, é importante que o profissional de enfermagem enxergue os aspectos sociais, psicológicos e espirituais dessa paciente. Quando o atendimento prestado não engloba todos esses aspectos, a enfermagem se confunde em meio a tantas outras profissões, não é possível visualizar um diferencial e o atendimento fica prejudicado, pois cada profissão tem seu diferencial e, trabalhando juntas, fazem com que o cuidado seja realizado de forma genuína, e quando não se consegue realizar esse feito, é a paciente quem mais sofre e sente falta desse cuidado diferenciado, relatando até um cuidado muito superficial e mecanizado (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

A enfermagem deve-se lembrar, ainda, de que a mulher não é a única protagonista no processo de abortamento, o companheiro também tem um papel importante e quando acompanha tudo o que ocorre com a mulher, principalmente em casos de abortamentos espontâneos, também relata sofrimento, e deve-se voltar o olhar para esse homem também. Tem-se um desejo de atendimento e compreensão pela dor sentida, porém, esse desejo é deixado de lado para se apoiar a mulher, cabe ao profissional atender essa demanda do homem e ajuda-lo a lidar com a perda sofrida que também é impactante (RODRIGUES; HOGA, 2005).

O papel da enfermagem vai muito além do cuidar físico, é o enfermeiro que acompanha e está do lado do paciente, que deve zelar por seu conforto, por sua recuperação, e ouvir atentamente suas queixas e angústias, resgatando dessa forma um cuidado que por diversas vezes é esquecido, assim realizando a verdadeira assistência integral a essa mulher, com qualidade e respeito, que é direito de todo ser humano (NERY et al., 2006; MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo objetivou-se compreender o papel do enfermeiro na assistência a mulher que sofreu um abortamento, conhecer a legislação existente no país sobre o referido tema, os tipos de abortamento e suas classificações, e compreender o atual cenário brasileiro frente ao aborto.

Através do resgate da anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino foi possível observar o quão complexo ele é. A interação entre diversos hormônios no organismo saudável permite uma regulação fisiológica do corpo perfeita, que o prepara para uma possível gestação. Durante os nove meses da gestação o embrião se desenvolve e amadurece de forma a que o feto esteja totalmente preparado para nascer ao final do nono mês.

O abortamento acomete uma grande parte das gestações, fazendo com que não cheguem a termo. Ele pode ser classificado em espontâneo, que é aquele em que o próprio corpo expulsa o produto da concepção de forma natural, ou provocado, no qual o abortamento é induzido de diferentes formas com o objetivo de findar a gestação. Dentro do abortamento espontâneo encontram-se inseridos a ameaça de abortamento, na qual ocorre uma complicação na gestação que pode ocasionar sangramento, porém o aborto nesse caso pode ser prevenido. Outro tipo de abortamento é o completo, no qual o produto decorrente da concepção é totalmente expulso, não necessitando assim, na maioria das vezes, de medidas para o esvaziamento uterino. O abortamento incompleto, diferente do relatado anteriormente, tem somente partes do produto da concepção expulsas, e o sangramento e cólicas são intensos, sendo necessário o esvaziamento uterino. O abortamento inevitável é caracterizado por fortes dores e pelo colo uterino ao exame se encontrar completamente aberto, as condutas para o esvaziamento uterino, caso necessário, são iguais as do abortamento incompleto.

O abortamento habitual também se encontra entre as subdivisões do abortamento espontâneo, e tem como definição a expulsão dos produtos da concepção em três ou mais gestações, necessitando que uma investigação seja realizada juntamente a mulher para a verificação do motivo de tais abortamentos. Uma medida característica desse tipo de abortamento é a cerclagem uterina, realizada como um meio de tentar manter a gestação até o feto estar devidamente desenvolvido.

O abortamento infectado em sua maioria é em decorrência de uma tentativa de aborto provocado, que quando realizado em condições precárias podem causar infecções que ao se agravam em seu máximo podem gerar complicações em que há necessidade da retirada dos órgãos reprodutores da mulher, sendo esta a melhor opção de tratamento para se evitar a morte. O abortamento retido se caracteriza pela retenção do embrião/feto morto dentro do útero, havendo assim a necessidade se tomar medidas de esvaziamento uterino.

Os abortamentos provocados, também chamados de eletivos são aqueles que sua indução é realizada pela vontade da mulher, nos quais se encontram dispostos dentro dessa classificação o abortamento previsto em lei, onde em casos específicos o abortamento não é punido, que podem ser realizados através de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos, o abortamento seletivo, em que a mulher escolhe terminar a gestação quando o feto se apresenta com alguma malformação incompatível com a vida, porém, tal tipo de abortamento só pode ser realizado com autorização judicial; e o abortamento ilegal, no qual a gestante encerra a gestação de forma clandestina e insegura.

A Legislação Brasileira é clara quanto à realização do aborto, onde os únicos casos em que não se pune são aqueles em que a mãe tem risco de morte por causa da gestação e não existe outra forma de salvar a vida da mesma a não ser a realização do abortamento, e em casos de violência sexual. Nos casos de abortamento decorrentes de violência sexual a palavra da gestante basta para que o profissional realize o abortamento, não necessitando de outra comprovação, caso a mulher esteja mentindo sobre essa violência, o profissional fica protegido pela lei, punindo-se somente a mulher. Em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida extrauterina, a justiça brasileira tem emitido autorizações para a realização do abortamento. As penas para a realização de um abortamento ilegal vão de um até dez anos de reclusão, podendo ser aumentadas se em consequência desse abortamento a mulher sofrer lesão grave ou morrer.

Atualmente se encontra em análise um projeto de reformulação do Código Penal Brasileiro, que se caso aprovado, mudará também a legislação referente ao aborto, fazendo com que além dos casos onde não se punem os abortamentos já existentes no Código Penal vigente, o abortamento em casos de malformação fetal

incompatível com a vida, em gestações decorrentes de inseminações não consentidas pela mulher, ou por vontade da própria gestante até a 12^o semana de gestação quando comprovado por médico ou psicólogo a incapacidade psicológica da mulher de arcar com a maternidade, também sejam legalmente aceitos.

O Código de Ética de Enfermagem é claro ao relatar que é proibido o profissional de enfermagem provocar ou cooperar com a realização de um abortamento, salvo em casos previstos em lei, nos quais o profissional fica livre para decidir se participa ou não da realização, conforme sua consciência, não sendo obrigado a participar se tal ato ferir seus valores morais ou crenças. O sigilo profissional também deve ser mantido nos casos de abortamento e, quando não respeitado, pode-se responder legalmente por tal quebra.

O Brasil atualmente se encontra em um cenário cujo número de abortamentos ilegais e inseguros é muito elevado, apesar do uso de medicamentos abortivos como o misoprostol (Cytotec) diminuírem as complicações decorrentes do abortamento ilegal, nem todas que procuram através de formas clandestinas a interrupção da gestação tem acesso a ele. Com comércio ilegal desse medicamento desconfia-se que ele já esteja sendo adulterado ou utilizado de forma errada, pois diversas mulheres que o utilizaram para a realização do abortamento procuram o serviço de saúde em decorrência de complicações ou o não término do aborto, o que não era causado, já que o medicamento citado é conhecido pela eficácia, e normatizado pelo MS para o total esvaziamento uterino em alguns casos de abortamentos.

Mulheres com uma boa condição financeira podem pagar por um serviço mais seguro em que as complicações são raras, já aquelas de baixa renda, precisam se expor às pessoas que realizam esse abortamento de maneira precária, quando essa interrupção não é feita pela própria mulher com chás misturados a medicamentos diversos, objetos pontiagudos, ou medicamentos que não se sabe a procedência, gerando muitas complicações e a consequente procura dessa mulher pelos serviços de saúde com um quadro clínico grave.

Os sentimentos relacionados ao abortamento são diversos e os mesmos são expressos tanto em abortamentos espontâneos quanto com os provocados e tais sentimentos tem sua intensidade de acordo com o valor que é dado a gestação pela pessoa. Observou-se também que não somente a mulher sofre com o abortamento,

os homens também sofrem, principalmente em abortamentos espontâneos, e sentem necessidade de atenção profissional para poderem passar por essa fase.

No Brasil, durante a adolescência, por não usarem métodos para impedir uma gravidez indesejada e não relacionarem a fecundidade com a relação sexual é comum a realização de abortamentos como forma de contracepção.

Com todo quadro relatado acima é possível se perceber que o abortamento no Brasil tem se tornado um problema de saúde pública, pois ao ser realizado de maneira ilegal gera complicações que terminam sendo tratadas nos serviços de saúde e conseqüentemente aumentam o número de procedimentos relacionados ao abortamento, elevando os gastos na área da saúde, além disso, as complicações decorrentes de um abortamento inseguro podem se tornar graves ao ponto da gestante ir a óbito, aumentando o índice de mortalidade materna.

O atendimento da mulher em abortamento pelos profissionais de saúde tem sido realizado de forma precária, no qual o julgamento, a discriminação e os maus-tratos se sobressaem durante o atendimento de mulheres que provocaram o abortamento. Cenário esse que muda completamente no atendimento ao abortamento espontâneo. Tem-se uma dificuldade de separar opiniões e valores pessoais do atendimento profissional disponibilizado a essa mulher, e o desconhecimento das leis brasileiras referentes ao assunto é grande entre esses profissionais.

O papel da enfermagem no cuidado a mulher que passou por um abortamento vai muito além do aspecto físico, sendo necessária uma atenção completa a essa mulher, deve-se prezar o conforto e a privacidade da mesma, estar sempre atento e disposto a ouvi-la, demonstrar interesse pela história da mesma, informar sobre os procedimentos a serem realizados, sobre métodos de prevenção de uma gestação indesejada, retirar possíveis dúvidas, apoiá-la, atender também ao parceiro e familiares presentes com ela, não emitir julgamentos e nem impor crenças e valores pessoais a paciente. Atitudes essas simples de serem realizadas, mas que mudam completamente a assistência prestada, que quando realizada dessa forma é considerada de qualidade e humanizada.

Diante do quadro apresentado, tem-se a necessidade da constante educação dos profissionais da área da saúde sobre o tema e acompanhamentos psicológicos para

que o profissional consiga lidar com todos os sentimentos que envolvem o abortamento.

O presente trabalho encontrou limitações no decorrer de sua produção relacionadas à escassez de estudos já existentes relacionados especificamente ao cuidado de enfermagem prestado a mulher em abortamento, observou-se também uma falta de estudos voltados a presença e sentimentos do sexo masculino no abortamento e sobre a percepção das mulheres em situação de abortamento ilegal em relação ao cuidado recebido. Como sugestões de futuros estudos recomenda-se pesquisas voltadas ao papel e sentimentos do homem no abortamento, a percepção da mulher que aborta sobre o cuidado recebido e ao atendimento e papel da enfermagem no abortamento.

REFERÊNCIAS

AMBROS, Mauro Cabrera; RECCHIA, Anderson, RECCHIA, Jeferson Ambros. Aspectos éticos e jurídicos do aborto. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 1-2, p. 12-15, 2008. Disponível em: <
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/6490/3943> > Acesso: 04 de Maio de 2013.

ARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria de; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, [s. p.], Fev. 2007. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf> Acesso em: 16 de Março de 2013.

BARBOSA, Ana Silvia Sandoval de Freitas; BOBATO, Jacqueline Aparecida Cosmo; MARIUTTI, Mariana Gondim. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 44-45, 2012. Disponível em:
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 11 de Maio de 2013.

BAZOTTI, Kellen Daiane Valandro; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KIRCHNER, Rosane Maria. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 147-154, Mar. 2009. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a18.pdf>> Acesso: 15 de Março de 2013.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al . Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-327, 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300027&lng=en&nrm=iso >. Acesso: 15 de Março de 2013.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 69-73, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a05v34n2.pdf>> Acesso: 15 de Março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5^o. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3^o ed. Atual. e ampl., 1. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. *Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010*. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas públicas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*/Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, Área técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Planalto. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 19 de Abril de 2013.

BRASIL. Planalto. Decreto-Lei Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm>. Acesso em: 03 de Maio de 2013.

BRASIL. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CECATTI, José Guilherme et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-1011, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a02v32n3.pdf>> Acesso: 25 de Outubro de 2012.

CFM. CFM esclarece posição a favor da autonomia da mulher no caso de interrupção da gestação. 2013. Disponível em:<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23663%3Acfm-esclarece-posicao-a-favor-da-autonomia-da-mulher-no-caso-de-interruptao-da-gestacao&catid=3%3Aportal&Itemid=1> Acesso: 03 de Maio de 2013.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, n.2, p.S311-S319, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000600008&script=sci_arttext>. Acesso: 15 de Março de 2013.

COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2013. Disponível em: <<http://www.coren-es.org.br/CodigoDeEtica.aspx>>. Acesso: 30 de outubro de 2012.

CORREIA, Divanise Suruagy et al. Aborto provocado na adolescência: Quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.6, p. 167-174, Jun. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7150/6672>> Acesso: 04 de Maio de 2013.

CORREIA, Divanise Suruagy et al. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2469-2476, Mai. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500016&lng=en&nrm=iso> Acesso: 15 de Março de 2013.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Básica dos Sistemas Orgânicos**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

DANTAS, Larissa Correia Nunes; DINIZ, Normélia Maria Freire; COUTO, Telmara Menezes. Percepção dos homens sobre o processo de abortamento. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67-73, Mar. 2006. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/164>> Acesso: 13 de Maio de 2013.

DINIZ, Debora et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 939-942, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400025> Acesso: 30 de Outubro de 2012.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900001> Acesso: 30 de Outubro de 2012.

DINIZ, Debora; CASTRO, Rosana. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 94-102, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100010> Acesso: 19 de Março de 2013.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciências & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.

959-966, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700002&script=sci_arttext> Acesso: 30 de Outubro de 2012.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, Jul. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/02.pdf>> Acesso: 06 de Maio de 2013.

DINIZ, Normélia Maria Freire et al . Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1010-1015 Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000600004&script=sci_arttext> Acesso: 19 de Março de 2013.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100026&script=sci_arttext> Acesso: 16 de Março de 2013.

DUARTE, Diego Andreazzi; ALMEIDA, Marli Gabriel de Melo. Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: Uma revisão bibliográfica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n.2, p. 279-287, Jun. 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/34/34>> Acesso: 15 de Março de 2013.

DUARTE, Graciana Alves et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista Saúde Pública** [online]. v.44, n.3, p. 406-420, 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000300004&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso: 15 de Março de 2013.

DUMM, César Gómez. **Embriologia humana**: Atlas e texto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ESPÍRITO-SANTO, Patricia Franco do; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Percepções sobre o aborto: Um estudo com profissionais de Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** [on line], v.1, n. 2, p. 213-219, Dez. 2007. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/384-8816-1-/pdf_188> Acesso: 11 de Maio de 2013.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700014&script=sci_arttext> Acesso: 15 de Março de 2013.

FAUNDES, Aníbal et al . Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. **Revista Brasileira de Ginecologia**

e **obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.89-96, Mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n2/a02v26n2.pdf>> Acesso: 19 de Março de 2013.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; DINIZ, Normélia Maria Freire; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-453, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300011&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso: 16 de Março de 2013.

GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GÓES, Fernanda Garcia; LEMOS, Adriana. O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 913-921 , Jun. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/376/615>> Acesso: 15 de Março de 2013.

HIGA, Rosângela; REIS, Maria José dos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: Assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de campinas – SP. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [online], v. 6, n. 3, p. 372-376, Set. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/1747/pdf>> Acesso: 16 de Março de 2013.

JUNQUEIRA, Luís; CARNEIRO, José. **Histologia Básica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LIMA, Bruno Gil de Carvalho. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, v. 7, n. 3, p. 168-172, Mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000300005&script=sci_arttext> Acesso: 19 de Março de 2013.

LUNARDI, Valéria Lerch; SIMÕES, Aline Rios. (Re) Ações da equipe de enfermagem frente à possibilidade de participação em um aborto legal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 173-178, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a08.pdf>> Acesso: 16 de Março de 2013.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 183-189, mar.-abr.,2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000200003&script=sci_arttext> Acesso: 30 de outubro de 2012.

MEDEIROS, Robinson Dias de et al . Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 16-21, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a04v34n1.pdf> > Acesso: 19 de Março de 2013.

MELLO, Fernanda Maria Bezerra de; SOUSA, Jailson Lopes de; FIGUEROA, José Natal. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 87-93, Jan. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/09.pdf>> Acesso: 15 de Março de 2013.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L.. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. S193-S204, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002> Acesso: 15 de Março de 2013.

MENEZES, Tereza Cristina Vidal; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; ROLIM, Karla Maria Carneiro. Conhecimentos e sentimentos de mulheres que vivenciaram um processo de abortamento. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.28, n.2, p. 144-150, 2008. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/673>> Acesso: 14 de Maio de 2013.

MONTEIRO, Francisco Giani; ADESSE, Leila. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes regiões (1992-2005). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 15., 2006, Caxambú: MG. **Anais XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. [S.l.: s.n.]. p. 1-10. Disponível em: < http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf> Acesso: 25 de Outubro de 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. *Obstetrícia*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, Vidhya. **Embriologia Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MOORE, Keith. L.; DALLEY, Arthur. F. **Anatomia orientada para clinica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NERY, Inez Sampaio et al., Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.342-350, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a11.pdf>> Acesso: 13 de Maio de 2013.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo; MOREIRA FILHO, Djalma de Carvalho. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. **Revista**

Pan-americana de Saúde Pública, Washington, v. 15, n. 5, p. 331-336, May 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v15n5/22006.pdf>> Acesso: 19 de Março de 2013.

OLIVEIRA, Mariza Silva de; BARBOSA, Izabel Cristina Falcão Juvenal; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)**, Fortaleza, v.6, n.3, p.23-30. Set. – dez. 2005. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/937/pdf>> Acesso: 04 de Maio de 2013.

PERES, Simone Ouvinha; HEILBORN, Maria Luiza. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1411-1420, Jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700006> Acesso: 15 de Março de 2013.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanbara Koogan, 2004.

RAMOS, Karla da Silva; FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes; SOUZA, Ariani Impieri de. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 605-610, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300008> Acesso: 19 de Março de 2013.

RICCI, Susan Scott. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. A questão do aborto no Legislativo Brasileiro: uma visão geral dos anos 90 e da década atual. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambú: MG. **Anais XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais..** p. 1-15. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1372.pdf> Acesso: 04 de Maio de 2013.

RODRIGUES, Márcia Melo de Laet; HOGA, Luiza Akiko Komura. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 258-267, Set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/03.pdf>> Acesso: 13 de Maio de 2013.

RODRIGUES, Márcia Melo Laet; HOGA, Luiza Akiko Komura. Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 14-19, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 15 de Março de 2013.

SANTIAGO, Ivanete da silva; VASCONCELLOS, Flavia Cristiane de Oliveira; CARVALHO, Karen Knopp. A ética na enfermagem frente as situações de abortamento. In: XIX CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, II MOSTRA CIENTÍFICA, XII ENCONTRO DE PÓS GRADUAÇÃO, 2010, Pelotas. **Anais...** Pelotas: UFPel, 2010 [s.n., s.p.].

SANTOS, Tássia Ferreira; ANDREONI, Solange; SILVA, Rebeca de Souza e. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 123-133, Mar. 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100011> Acesso: 19 de Março de 2013.

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei do senado nº 236, de 2012. Segunda Parte: Anteprojeto de Código penal. 2013. Disponível em: <
<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=111516&tp=1>>. Acesso: 03 de Maio de 2013.

SILVA, Daniela Fornel de Oliveira et al . Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 4, p. 441-447, Dez. 2010. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000400004> Acesso: 19 de Março de 2013.

SILVA, João Paulo Lopes da; ARAÚJO, Maria Zélia. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Campina Grande, v. 14, n. 4, p.19-24, 2011. Disponível em:
<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/9900/5682>> Acesso: 16 de Março de 2013.

SILVA, Luana Almeida Figueira; BIANCO, Maria Helena Brgato Cappo. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. **Salusvita**, Bauru, v. 28, n. 3, p. 245-255, 2009. Disponível em:
<<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2009v28n3/salusvita2009v28n3p245-255.pdf>> Acesso: 15 de Março de 2013.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. **Fisiologia Humana: Uma abordagem integrada**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2003.

SMELTZER, S. C et al. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Vol. 4.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. S399-S406, 2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>> Acesso: 15 de Março de 2013.

SOUZA, Vera Lúcia Costa et al . O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 42-47, Mar. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11513.pdf>> Acesso: 04 de Maio de 2013.

TORTORA, Gerard J. **Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

TOZONI-REIS, Marília F. de C. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2009.

