



# CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPOS DE ANDRADE

---

**“A ciência da enfermagem e a compreensão do aborto, a situação brasileira”.**

**CURITIBA  
2011**

Paulo Eduardo da Silva Moreira

Rosane Aparecida da Silva Vieira Laurindo Maurer

**“A ciência da enfermagem e a compreensão do aborto, a situação brasileira”.**

Trabalho acadêmico relacionado ao  
Término de Conclusão do Curso de  
Graduação de Enfermagem da  
Instituição Centro Universitário Campos de  
Andrade - UNIANDRADE

Professor orientador: Denecir de Almeida  
Dutra

**CURITIBA**

**2011**

## 1INTRODUÇÃO

O aborto é uma questão polêmica, principalmente na vivência de crise econômica, em que ocorre decréscimo da natalidade e acréscimo do número de abortos. As causas determinantes do aborto provocado são envoltas em multifacetadas, onde o baixo poder aquisitivo, o custo cada vez mais alto da educação e a baixa renda per capita, são alegações cada vez mais frequentes para este agravo de ordem social e até mesmo religiosa. Determinadas religiões condenam o aborto em qualquer estágio ou em qualquer circunstância, alegando que a alma é infundida no novo ser no momento da fecundação, sendo assim um crime contra a vida, já que a alma passa a pertencer ao novo ser no preciso momento do encontro do óvulo com o espermatozóide.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o aborto é classificado como a morte embrionária ou fetal, seja ele induzido ou espontâneo, antes de completar 20 semanas ou com peso fetal inferior a 500 kg. O aborto espontâneo ocorre devido a patologias e /ou anomalias do ovo ou espermatozoide cuja eliminação se encontra procedida de morte embrionária. (ESPIRITO-SANTO, 2007).

No Brasil, segundo o artigo 124 do código penal Brasileiro, é crime a prática de aborto em si mesma, ou consentir que outrem lhe provoque, levando a pena de detenção de um a três anos, porém segundo o artigo 128, não constitui crime a prática do aborto quando não há outro meio de salvar a vida ou preservar a saúde da gestante, se a gravidez resulta de violação da liberdade sexual, ou do emprego, não consentido de técnica de reprodução assistida, e a fundada probabilidade, atestada por dois outros médicos, de o nascituro apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.

De acordo com o documento de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2004, no Brasil, 31% de gestações terminam em aborto. Anualmente ocorrem no país aproximadamente 1,4 milhões de abortamentos, entre espontâneos e provocados, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

Dados do SUS indicam que em 2004 foram realizados 1.600 abortos legais em 51 serviços especializados do SUS ao custo de R\$ 232 mil. No mesmo ano, ocorreram no SUS 244 mil internações motivadas por curetagens pós-aborto, e entre abortamentos espontâneos e induzidos foram gastos aproximadamente R\$ 35 milhões.

A mulher em estado de abortamento, seja ele induzido ou espontâneo, possui sentimentos merecedores de atenção, tendo o profissional papel importante no cuidado humanizado, procurando agir sempre de forma ética e conhecimento técnico e científico diante da situação presenciada. Diante disso, questiona-se: estaria o profissional no direito de julgar o ato cometido, desconhecendo as razões que levaram a mulher a realizar o abortamento? É de direito o profissional invadir a privacidade da paciente, com ações ou questionamentos inoportunos? Onde fica a postura ética e humana neste caso?

A ação da enfermagem não está restrita no momento do abortamento, está presente também nos cuidados antes e depois do ocorrido. O enfoque preventivo deve versar na atenção primária, ou seja, patologias que possam levar ao aborto espontâneo, métodos contraceptivos que previnam a gravidez não planejada objetivando a diminuição da incidência de práticas de abortos ilegais, colaborando para o aumento da mortalidade materna. No Brasil o aborto representa uma das principais causas de mortalidade materna.

O presente trabalho justifica-se pela importância e a necessidade do conhecimento teórico e prático da equipe sobre a prática de abortamento, induzido ou espontâneo, unindo os procedimentos de enfermagem, juntamente com as outras disciplinas afins, objetivando o cuidado humanizado da equipe de enfermagem frente à paciente em situação de abortamento, excluindo o julgamento do ato e incluído em sua prática a essência da enfermagem que é o acolhimento e o cuidado humano.

## **2 OBJETIVOS**

- Através de um estudo demográfico demonstrar qual a incidência do aborto ilegal e nível de instrução de quem realiza. Metodologicamente o trabalho perpassou pela análise de dados estatísticos, através de referencias bibliográficas quantitativos, ressalta que a matriz metodológica foi de origem indutiva.

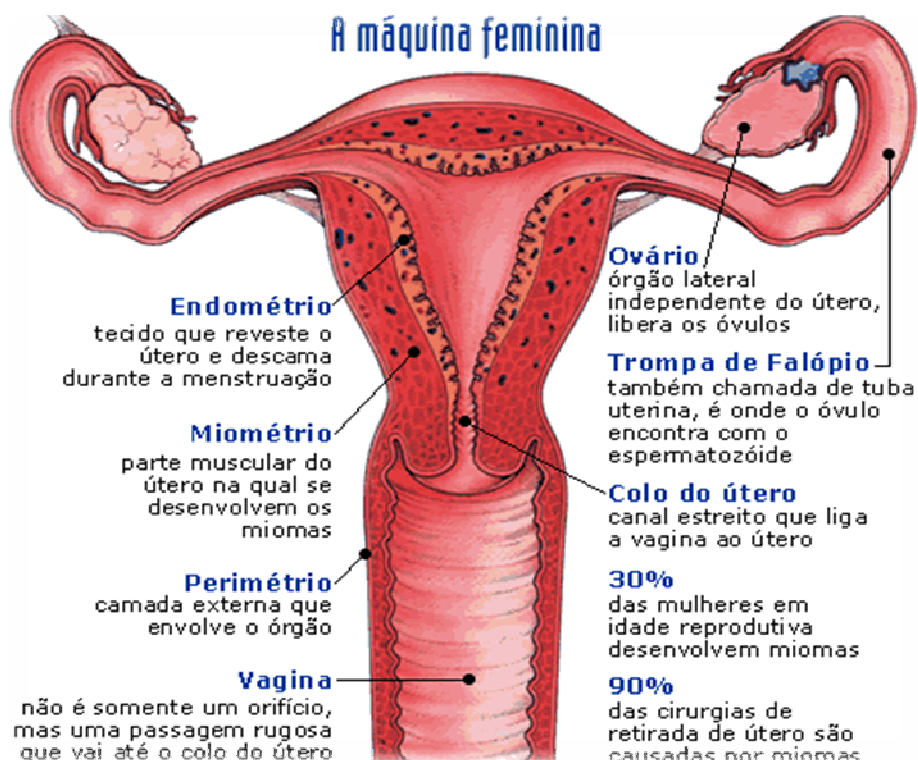
### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para Andrade (2004), o aborto é definido como a finalização da gestação antes da 20ª semana ou a expulsão do objeto da concepção menor que 500 gramas de peso.

Berkow e Fletcher (1995), explica que o aborto pode ser classificado como precoce quando ocorre até a 12ª semana de gestação, e é classificado como tardio de 12ª a 20ª semanas.

### 4 RESGATANDO A ANATOMIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO

Para que possamos compreender o mecanismo de abortamento, abordaremos a anatomia do aparelho reprodutor.



## 5 INCIDÊNCIA

De acordo com o documento de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2004, no Brasil, 31% de gestações terminam em aborto. Anualmente ocorrem no país aproximadamente 1,4 milhões de abortamentos, entre espontâneos e provocados, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

O gráfico a seguir apresenta os números de aborto a cada 100 mulheres



Dados do SUS indicam que em 2004 foram realizados 1.600 abortos legais em 51 serviços especializados do SUS ao custo de R\$ 232 mil. No mesmo ano, ocorreram no SUS 244 mil internações motivadas por curetagens pós-aborto.

## 6 FISIOPATOLOGIA DO PROCESSO DE ABORTO

Segundo Rezende (2008), a fisiopatologia se refere ao sangramento que ocorre na decídua basal, com posterior necrose tecidual, este atua como foco irritativo levando ao estímulo de contrações uterinas que por sua vez determinam um maior descolamento de placenta.

A atuação uterina está presente em quase todo o processo antes da expulsão do ovo já solto para fora da vagina, sendo esta parte realizada pelos músculos abdominais. As passagens ósseas nunca interferem no processo nas primeiras seis a oito semanas, comumente é eliminado o ovo inteiro, coberto pela decídua. Se o orifício externo oferecer resistência e não se dilatar, o ovo fica retido no colo distendido, o processo de abortamento pode tomar vários cursos durante o terceiro e quarto mês Rezende (2008)

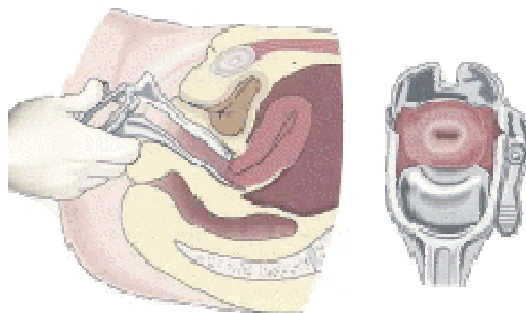
Segundo Friedman (1976), as membranas podem se romper e dar saída ao feto ou o colo pode fechar-se e reter a placenta. O útero mais tarde faz o segundo esforço para expulsar os restos placentários. Durante o intervalo, devido parcialmente ao descolamento da placenta, a hemorragia pode se tornar abundante, fazendo com que seja necessária uma intervenção. Terceiro, a decídua capsular e o córion podem fender-se, permitindo que o feto que está no saco amniótico escape, o útero ainda contém a placenta e o córion, pode ou não ocorrer sangramento até começar o descolamento da placenta.

No abortamento, as contrações uterinas atuam da mesma maneira como no trabalho de parto. A dilatação do colo também é produzida da mesma maneira. Após o esvaziamento do seu conteúdo, o útero se contrai e começa a involução. Algumas vezes aparecem dores pós- abortamento e pode mesmo ocorrer lactação (FRIEDMAN, 1976).

## **7 EXAMES IMPORTANTES NO PROCESSO DE ABORTAMENTO E SEU DIAGNÓSTICO.**

### **7.1 EXAMES ESPECULAR**

Este exame tem por objetivo observar a cérvix, verificando se o sangramento tem origem intra-uterina e se o orifício permanece fechado, geralmente utilizado quando se suspeita de ameaça de abortamento (BRUNNER E SUDDARTH, 2005).



### **7.2 EXAME CLÍNICO**

Este consiste em observar a situação em que a paciente se apresenta. Quando se trata de aborto inevitável só as características do processo determinam o diagnóstico de abortamento, sendo os sintomas de dor intensa, e perda de grande volume sanguíneo (REZENDE e MONTENEGRO, 2005).

Quando se trata de aborto infectado o exame clínico é muito importante no diagnóstico por se tratar de um processo com sintomas característico (BRASIL, 2001).

### 7.3 ULTRA-SOM VAGINAL

De acordo com Rezende(2008), este exame é realizado com o objetivo de verificar ou não a presença de restos fetais ou placentários no útero, estes são achados importantes para diagnosticar aborto incompleto, é realizado com a introdução do transdutor no útero, obtendo imagens internas.



## 8 CLASSIFICAÇÃO DE ABORTO

### 8.1 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

De acordo com Rezende e Montenegro, (2005), o aborto espontâneo é a expulsão do produto de concepção sem que ocorra influência externa.

Ele ocorre em consequência de patologias ou anomalias do zigoto ou espermatozoide e cuja eliminação se encontra precedida de morte embrionária. O aborto espontâneo costuma despertar dor e compaixão, pois é visto como uma fatalidade (ESPIRITO-SANTO, 2007).

Em alguns casos o aborto não é observado, sendo muitas vezes o atraso menstrual o único sintoma de gravidez, ou seja, a mulher pode ter abortado sem saber ao menos que estava grávida (NERY et al.,2006).

Rezende (2008) revela que 10 a 15 % das gestações terminam espontaneamente no 1º ou no início do segundo trimestre de gestação.

Quando se trata de aborto tardio existem riscos, a cavidade do útero está obliterada e as possibilidades de perfuração com a instrumentação são maiores. E pelo fato da placenta ter iniciado sua formação e de existir um maior

suplemento sanguíneo, existe maior risco de hemorragia. Também neste momento os ossos do feto estão em formação, sendo assim os ossos longos dos membros podem perfurar o útero durante as manobras de evacuação. Com o tamanho do feto após 12 semanas fica difícil a dilatação da cérvix dificultando a passagem do conteúdo para fora do útero (BERKOW e FLETCHER, 1995).

## **8.2 ABORTO PROVOCADO**

Aborto provocado para Espírito-Santo (2007) é aquele que leva a expulsão do feto de maneira intencional, seja por ingestão de medicamentos ou até mesmo pela introdução de objetos que facilitem a dilatação e esvaziamento da cavidade uterina.

Para a mesma autora a mulher quando provoca o aborto destrói todas as expectativas de uma natureza feminina ligada à maternidade.

## **8.3 ABORTO LEGAL**

O aborto legal consiste na interrupção da gestação devido a problemas patológicos, sendo esta mulher avaliada por dois obstetras e um especialista na patologia que está motivando a interrupção da gestação. Neste caso é importante ressaltar a importância de um acompanhamento psicológico, posto que a interrupção da gestação seja motivada por agravos de saúde, podendo assim surgir sentimentos de culpa mediante a este processo (BRASIL, 2001).

Não é necessário comunicar ao conselho regional de medicina, mas é importante notificar a comissão de ética do Hospital onde será realizado o procedimento. (BRASIL, 2001).

## **9 CONDUTAS ADOTADAS DIANTE DAS FORMAS CLÍNICAS DE ABORTAMENTO**

Na ameaça de aborto, não existe a necessidade de internação, porém lhe são dadas às devidas orientações tais como: Repouso no leito, abstinência sexual, dieta leve e nenhum esforço ao evacuar, são realizados também a administração de progesterona na tentativa de sustentar o endométrio objetivando preservar a gravidez. A paciente é orientada a fazer uso de analgésicos se sentir dor, fazer repouso e retornar ao ambulatório pré-natal. (BRASIL, 2001).

Quando o aborto é inevitável tendo assim um sangramento intenso, deve ser avaliado os níveis de hemoglobina, verificar o tipo sanguíneo (caso seja necessário transfusão, e se o fator Rh for (-) administrar IG anti - Rh, e oferecer sorologias para sífilis e HIV. (BRASIL, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), no aborto completo é e importante ficar atento á possíveis sangramentos que podem sugerir restos fetais ou placentários, e com surgimento de quadro infeccioso pélvico. No caso de presença de restos ovulares (aborto incompleto ou Retido) é realizado um procedimento que consiste na retirada do mesmo sendo este procedimento a curetagem uterina ou a aspiração manual intra-uterina.

Quando se trata de aborto habitual, no segundo aborto consecutivo as pacientes são referidas para aconselhamento e testes genéticos, sendo exploradas outras causas.

Na suspeita de infecção deve se iniciar antibioticoterapia de largo espectro, utilizando um anaerobicida como o metronidazol ou clindamicina e um aminoglicosídeo como a gentamicina ou amicacina, o esvaziamento deve ser feito aproximadamente duas horas após o início da utilização dos antibióticos (BRASIL, 2001).

Na maioria dos casos utiliza-se a profilaxia antibiótica pré-operatória demonstrando efetividade na queda de riscos de infecção. É importante orientar a paciente a comunicar febre, dor pélvica e sangramento excessivo. (LOWDERMILK, 2002).

Quando se trata de aborto decorrente de incompetência do colo, o procedimento é cirúrgico sendo este chamado de circlagem cervical, que

consiste em realizar uma pequena sutura ligando o orifício cervical (BRUNER e SUDDARTH, 2005).

## **10 CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO**

### **10.1 CHOQUE HIPOVOLÊMICO**

Significa volume sanguíneo ou plasmático inadequado, no caso de aborto devido á hemorragia (ROBBINS E COTRAN, 2005).

### **10.2 CHOQUE CARDIOGÊNICO**

Falência da bomba miocárdica devido ao dano miocárdico intrínseco, pressão extrínseca ou obstrução do fluxo externo sanguíneo, no caso de aborto devido a hemorragia, o choque cardiogênico é conseqüência da diminuição da pressão extrínseca pela falta de volume sanguíneo (ROBBINS E COTRAN, 2005).

### **10.3 CHOQUE SÉPTICO**

É causada pela infecção bacteriana sistêmica. Mais comumente, isso ocorre no cenário das infecções gram-negativas, porém também pode ocorrer com infecções gram-positivas e fúngicas. No caso de aborto as bactérias que causam a septicemia são as gram-negativas (ROBBINS E COTRAN, 2005).

### **10.4 ENDOMETRITE**

Inflamação pós-aborto (infecção uterina secundária, decorrente do aborto). Apesar dos antibióticos administrados antes do aborto; há grande incidência de infecções e obstrução de trompas.

### **10.5 COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA (CID)**

É um distúrbio trombo - hemorrágico que ocorre como uma complicação secundária de uma variedade de doenças. É caracterizada pela ativação da seqüência de coagulação que leva a formação de micro trombos dentro da micro circulação do corpo, freqüentemente em uma distribuição desigual,

algumas vezes a coagulopatia está localizada em um órgão ou tecido específico. Como consequência da diátese trombotica, a um consumo de plaquetas, fibrina e fatores de coagulação, e secundariamente ativação de mecanismos fibrinolíticos (ROBBINS e COTRAN, 2005).

## **11 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS DO ABORTO**

Diversos problemas psicológicos podem ser ocasionados pelo aborto sendo estes conferidos a seguir:

Foi descoberto que há muitos aspectos emocionais que podem afetar o bem-estar psicológico das mulheres que se submetem a um aborto (HUTCHISON, 1997).

Segundo Pavone (2007), mesmo que a mulher não esteja ligada aos padrões morais e religiosos, e que esteja consciente sobre a gravidez indesejada, abortar é uma decisão difícil que, na grande maioria das vezes, envolve angústia.

O mesmo autor explica que estes sentimentos são reforçados principalmente quando o aborto é efetuado em clínicas clandestinas, pois o aspecto que envolve a clandestinidade acaba ocasionando sensação de culpa

Ainda salienta que cada aborto representa uma experiência carregada de vários riscos para a saúde mental. Porém, estudiosos afirmam que a reação psicológica ocasionada pelo aborto provocado não é tão grave quanto à reação ao nascimento de uma criança indesejada.

De acordo com Pavone (2007), as Principais reações psicológicas envolvem: Depressão, sentimentos de culpa, impulso suicida, abandono arrependimento, perda de fé, baixo auto-estima, preocupação com a morte, interesse compulsivo por bebês, frustração do instinto maternal, aversão a pessoas ligadas ao aborto, perda de interesse sexual, incapacidade de se perdoar e pesadelos.

Segundo Brasil (2005), é importante frisar o apoio familiar e o acompanhamento psicológico, sendo este importante em sua recuperação psicossocial.

## **12 ABORTO E SEUS ASPECTOS ÉTICOS**

Segundo OLIVEIRA (2002), o aborto e seus aspectos éticos aplica-se em qualquer contexto de realização do cuidado, ou em qualquer intercorrência que coloque em risco a integridade do ser humano, respeitando a situação encontrada. A metodologia é a mesma, o que muda apenas é a abordagem frente ao paciente, que é o referencial de todo o sistema, pois é essa pessoa é o sujeito de todo o estudo e do ato implementado de forma sistematizada e com qualidade.

O aborto é um caso típico onde as posições quanto ao fundamento ético são inconciliáveis. Para alguns trata-se do direito à vida, para outros é evidente que envolve o direito da mulher ao seu próprio corpo e há, ainda, os que estão convencidos de que a malformação grave deve ser eliminada a qualquer preço porque a sociedade tem o direito de ser constituída por indivíduos capazes. Tais posições são características da sociedade judaico-cristã no fim do século XX. (OLIVEIRA, 2002).

Dada a irredutibilidade das posições valorativas sobre a prática do aborto voluntário, os textos internacionais destinados à proteção do direito à vida, em geral, se abstêm de tomar posição sobre o tema. O hodierno predomínio da cultura cristã, porém, fez com que a Convenção Americana relativa aos Direitos do Homem (assinada em San Jose da Costa Rica, em 1969) reafirmasse a obrigação de os Estados respeitarem a vida de todas as pessoas, proteger esse direito pela lei, "em geral a partir da concepção" (art. 4º), (BRASIL, 2005).

De outra parte, tradicionalmente a deontologia profissional dos médicos - e, por decorrência, dos demais profissionais da área sanitária - se opôs ao aborto provocado. Hipócrates, nos séculos quinto e quarto antes da era cristã, jurava não dar a "nenhuma mulher um dispositivo abortivo". E, contemporaneamente, tanto o juramento médico (cujas fórmulas foram definidas em Genebra em 1948) como o Código de Ética Médica, de 1949, afirmam o dever

médico de respeito absoluto à vida humana desde a concepção e de conservar a vida humana da concepção até a morte, respectivamente (BRASIL, 2005).

Entretanto, nessa matéria nem mesmo os médicos estão imunes ao conflito dos valores fundamentais, pois, na medida em que não existe um critério comum à humanidade, as soluções nacionais são contraditórias, tanto em termos da legislação quanto da deontologia médica, freqüentemente influenciada pela normatização nacional (BRASIL, 2005).

Com efeito, no Brasil - Estado que ratificou a Convenção Americana relativa aos Direitos do Homem em 1985 - provocar o aborto é crime elencado no Código Penal vigente, decretado em 1940, e apenas nas hipóteses de não haver outro meio para salvar a vida da gestante e de a gravidez resultar de estupro o médico que o provocar não será criminalmente punido (Código Penal, arte. 124 e 128). Isto significa dizer que para a sociedade brasileira, em última instância, o direito à vida deve ser protegido desde a concepção. Tal proteção não é absoluta, porém. Aceita-se que o conflito entre o direito à vida do feto e aquele da gestante deve ser resolvido em favor da mãe.

A deontologia médica nacional recusou-se a discutir o assunto, optando apenas por vedar a prática de atos proibidos pela legislação do País e exigir do médico que cumpra a legislação específica nos casos de abortamento (Código de Ética Médica vigente, de 1988, ares. 41 e 42), (BRASIL, 2005).

O mesmo não aconteceu internacionalmente, onde a 24<sup>a</sup> Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em Oslo, em 1970, adotou uma declaração sobre o aborto terapêutico - relembrando o Compromisso de Genebra, mas considerando a diversidade de respostas ao conflito dos interesses vitais da mãe e do filho que vai nascer, bem como que não é dever do médico determinar as regras e atitudes a respeito da opinião sobre a criança, mas sim proteger seus pacientes e ainda salvaguardar os direitos dos médicos na sociedade - que dispõe sobre os princípios a serem observados quando a lei autoriza a prática do aborto terapêutico ou quando se busca legislar sobre o tema conforme as normas da associação médica nacional, e o legislador deseja, procura ou aceita a opinião da profissão médica (BRASIL, 2005).

São eles:

- O aborto terapêutico deve ser praticado apenas sob indicação médica.

- A decisão de interromper uma gravidez deve ser normalmente aprovada por escrito por pelo menos dois médicos, escolhidos em razão de sua competência profissional.
- A intervenção deverá ser praticada por médico habilitado, em estabelecimentos credenciados pelas autoridades competentes. Entretanto, a declaração esclarece que:
- Se o médico, em razão de suas convicções, considera estar impedido de aconselhar ou de praticar o aborto, ele pode se negar a fazê-lo assegurando a continuidade dos cuidados por um colega “qualificado”.

Vale, também, notar que a segunda hipótese levantada pela legislação penal brasileira para que o médico não seja punido quando praticar um aborto (ser a gravidez resultado de estupro) não decorre do conflito entre dois direitos à vida. Esse caso pode ser compreendido como envolvendo o direito à saúde psíquica da mãe ou um direito de segurança social. O argumento ético invocado é o que considera moralmente aceitável interromper a gravidez quando a mulher grávida não consentiu de nenhum modo em engravidar (BRASIL, 2005).

A organização social contemporânea provocou um aumento significativo no número de julgamentos éticos formalizados em lei. A normalização internacional é pródiga em exemplos de deveres tradicionalmente morais transformados em obrigações jurídicas. E o cotidiano nacional banaliza a evidência de que questões, comportando outrora apenas a apreciação ética, recebem foro legal. Lembrem-se aqui, para ilustrar, o dever de respeitar a integridade física e psíquica do indefeso, ainda que inimigo - transformada no crime de tortura - e o dever de solidariedade ao semelhante desassistido tipo do crime de omissão de socorro (BRASIL, 2005).

O problema ético sobressai em interesses quando existe conflito entre direitos e deveres morais, situação que enquadra perfeitamente a interrupção voluntária da gravidez. Com efeito, não se tem claro qual obrigação ética gera o direito ao aborto nem quem é o titular desse direito ou desse dever (BRASIL, 2005).

Por outro lado, a possibilidade - hoje real, por meio do diagnóstico ante natal e do aborto - "de ter os filhos que se quer e não ter os que não se quer"

traz dúvidas sobre as novas técnicas e sua utilização, seus custos, as escolhas sociais e políticas nelas implícitas, sobre a autoridade apta a julgar a qualidade da vida humana, sobre as relações interpessoais, entre outras. São exatamente tais interrogações que fazem do aborto um problema ético da saúde pública (BRASIL, 2005).

### **13 ABORTO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

O problema moral da saúde pública em relação ao aborto envolve, do mesmo modo, a adaptação do postulado ético que a obriga à intervenção sempre em favor do homem. Tradicionalmente a reflexão ética condenou as diversas formas de sacrifício do indivíduo pelo bem-comum, mas aceitou que a pessoa decidisse livremente se colocar a serviço de uma causa superior (BRASIL, 2005).

A tecnologia biomédica disponível hodiernamente conduz a análise da interrupção voluntária da gravidez sob o prisma do princípio moral "a serviço do homem" compreendido, agora, na afirmação de que dada ou ninguém deve ocupar um posto que lhe permita decidir ampla ou globalmente sobre a produção ou a definição de homem" (BRASIL, 2005).

É urgente, portanto, que o sanitarista distinga claramente o aborto estritamente terapêutico - que permite salvar a vida da mãe comprometida gravemente pela gestação - do aborto de conveniência - efetuado apenas nos casos difíceis que trazem sempre um conflito de valores - e do aborto eugênico - destinado a evitar o nascimento de uma criança que se julga muito defeituoso (BRASIL, 2005).

Trata-se de um desafio ético e político cuja superação exige o atendimento da regra moral da prudência, entendida em sua interpretação contemporânea como o dever de vigilância, uma vez que estão em jogo a vida e a qualidade de vida de pessoas, coletividades e mesmo da espécie humana. O executor final dessa decisão ética será o sanitarista, mas é indispensável a mediação do jurista e do político (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento do diagnóstico pré-natal é inelutável e irreversível e deixar a decisão de tão graves conseqüências ao indivíduo singularizado reflete imprudência. É necessária a mediação política e a criação de

instrumentos jurídicos que permitam determinar a orientação do uso das técnicas empregadas nesse diagnóstico e controlar tal uso (BRASIL, 2005).

Até 1990 não se sabia da existência de legislação específica sobre o diagnóstico pré-natal em qualquer Estado, podendo-se apenas encontrar disposições normativas que orientam o comportamento dos sistemas de previdência social nesse tema. Internacionalmente, o Comitê de Ministros do Conselho da Europa adotou uma resolução (em 21 de junho de 1990) que enumera as medidas a serem tomadas pelos Estados no que respeita à triagem e ao diagnóstico pré-natal. São elas (BRASIL, 2005).

- os diagnósticos devem ser justificados pelas indicações médicas;
- os laboratórios devem ser credenciados;
- o consentimento da mãe para a realização do exame deve ser obtido;
- o recebimento de um auxílio médico ou social não pode ser condicionado à realização de um exame;
- “a proteção da confidencialidade dos resultados deve ser assegurada.”

Para concluir deve-se lembrar que, além de aguçar os problemas éticos da saúde pública, extremando as posições em relação aos postulados morais já identificados, o aborto produz o mesmo efeito na análise do princípio da igualdade entre as pessoas, fundamental à ética sanitária.

## **14 ATENÇÃO HUMANIZADA NO PROCESSO DE ABORTAMENTO**

### **14.1 ACOLHER E ORIENTAR, TAREFA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Segundo Branden (2000), a enfermagem fica ao lado da paciente no período de pós-abortamento e proporciona medidas de conforto, segurança e apoio. A enfermagem consegue entender o quanto estão vulneráveis, conversar com a família sobre o agravamento da ansiedade e frustração da perda. Com isso, o cuidado de enfermagem prepara a mulher, física e emocionalmente para determinado procedimento, caso haja necessidade.

Para cuidar dessas pacientes com um atendimento humanizado, o enfermeiro oferece apoio emocional, responde suas perguntas e dúvidas

interagindo com seus familiares. Perguntar para a paciente e familiar se haverá necessidade de superação sozinha ou necessária um apoio especializado para esse problema.

De acordo com Brasil (2000), diz-se que para podermos falar em primeiro lugar, é necessário que saibamos ouvir e capacidade de escutar, sem pré-julgamentos. A escuta é um dos instrumentos a serem utilizadas por todos os profissionais de saúde.

A partir desse momento, a enfermagem cuida da mulher no processo abortivo realizando ações que facilitem o planejamento familiar, a fim de prevenir abortamentos repetitivos. Com a ajuda de uma equipe multiprofissional a conversa e o diálogo satisfatório obtido durante o atendimento, proporcionarão a mulher condição para futuras decisões em relação a sua saúde, em especial o seu futuro reprodutivo (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o profissional de enfermagem tem papel fundamental no que se diz respeito ao planejamento familiar, devem-se mostrar formas de prevenção de uma gravidez não planejada, métodos contraceptivos que mais se adapte a ela, e as suas condições clínicas, sociais econômicas e seus riscos reprodutivos.

A mulher deve ser orientada sobre a dupla proteção tendo em vista o crescimento das doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres, sobre os benefícios do preservativo, e sobre como utilizá-los utilizando uma linguagem simples e de fácil entendimento (BRASIL, 2001).

Quando o aborto foi espontâneo, e a mulher pretende engravidar, é muito importante tentar esclarecer as causas do abortamento antes de se tentar uma na gravidez, sendo interessante encaminhá-la nestes casos para um serviço de referencia, ocasião em que será feita uma investigação rigorosa sobre aquela perda (BRASIL, 2001).

## **14.2 REPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE**

É de responsabilidade da equipe de saúde (BRASIL, 2005):

- Respeitar o que a paciente deseja falar, procurando observar que nem tudo é questionado verbalmente, interagir com seus sentimentos

profissionalmente e fazer com que ela busque junto com sua equipe e os profissionais de enfermagem a sua autoconfiança.

- Organizar o acesso à mulher, priorizando o atendimento de acordo com suas necessidades de momento;
- Identificar e saber avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde, e encaminhar para o serviço de referência da unidade;
- Promover e garantir privacidade no atendimento e confiabilidade em todas as informações adquiridas;
- Realizar procedimentos técnicos de maneira humanizada intervindo sobre suas necessidades;
- No pós-abortamento é designado aos enfermeiros orientar sobre os métodos contraceptivos e junto com o obstetra escolher o método que seja mais favorável e adequado para aquele período;
- Utilizar linguagem de fácil entendimento, simples e apropriada para cada paciente.

## 5. REFERENCIAS

ABEL E SOKOL. O uso de álcool na gravidez 2 . ed. In:NIEBYL.: Uso de Drogas na gravidez.São Paulo:Roca, 1989. Disponível no site [http// biblioteca.Claretiano.edu.br](http://biblioteca.Claretiano.edu.br) acessado no dia 15/ 05/ 2010.

AME- Dicionário de administração de medicamentos na Enfermagem: 2009/2010. RJ: EPUB, 2009.

BERKOW, R.; FLETCHER, A. J. Manual Merk de Medicina. 16 ed. São Paulo: Roca, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada á Mulher/ Ministério da saúde, Secretaria de políticas de saúde, Área técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da saúde, 2001.

GOLDMAN, R. E. Síndromes Hemorrágicas da Gravidez. In: BARROS, S. M. O (org.). Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal. Barueri: Manole, 2006. – ( série Enfermagem/ coordenadora CIANCIARULLO, T.).

MONTENEGRO, C. A. o B./ REZENDE J., Obstetrícia Fundamental. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.il.

NERY I.S. et al. Vivencia de Mulheres em Situação de Aborto Espontâneo. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem UERJ. V. 14, n. 01, p. 67- 73, jan/ mar.2006.

SALAZAR, C. C. et al. Abortamento de Repetição. Revista Feminina. V. 29, n. 10, p. 667-672, nov/ dez. 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER/ SUDDARTH-Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LONCAR.K., BARNABEI V.M. AND LARSEN J.W. JR. OBSTET. GYNECOL. SURV. 50: 316-320, 1995, disponível em: [http://www.endocenter.com.br/info\\_compl2.asp?url=45.html](http://www.endocenter.com.br/info_compl2.asp?url=45.html) acessado em: 20/05/2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER/ SUDDARTH-Tratado de Enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LOWDERMILK, DEITRA LEONARD. O Cuidado em Enfermagem Materna- 5. ed. – Porto Alegre: Artmed Ed. 2002.

PEREIRA, Pedro Paulo et al. Tratamento do abortamento incompleto por aspiração manual ou curetagem. Rev. Assoc. Med. Bras., out 2006, vol.52, nº.5, p.304-307

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n4/12175.pdf>.

Imagem de Fetos Abortados disponível em: <http://providafamilia.org/site/arquivos/2008/332>, acessado dia 19/05/2010

REBELO, 2010. O DESENVOLVIMENTO FETAL, disponível em: <http://abarrigadamama.home.sapo.pt/2desenvbebe.htm>, acessado em: 20/05/2010

00 EMANUEL, 2010. FORMAS DE ABORTO PROVOCADO, disponível em: [http://www.nenossolar.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=19:formasdeaborto&catid=2:artigos&Itemid=3](http://www.nenossolar.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19:formasdeaborto&catid=2:artigos&Itemid=3), acessado em 20/05/2010

HUTCHISON 1997, SAÚDE DA MULHER, folha on line equilíbrio, disponível em: [www1.folha.uol.com.br/.../rf2504200409.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/.../rf2504200409.shtml), acessado em: 19/05/2010

PÓS ABORTO, disponível em: <http://www.cirtl.org/syndrome.htm>, acessado em 20/05/2010

PAVONE, Frank A, 2008. UMA ESCOLHA CONTRA A MULHER. Disponível em: [www.Portaldafamilia.com.br/artigo/247](http://www.Portaldafamilia.com.br/artigo/247). Acessado em 21/05/2010

ÂNGULO, 2010. EXAMES LABORATORIAIS. Disponível em: [www.sogab.com.br/hemograma2.pdf](http://www.sogab.com.br/hemograma2.pdf). Acessado em 18/05/2010