



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

BRUNA CAROLINE ALMEIDA DE FREITAS

**FATORES BENÉFICOS DA DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTAMENTO
PERANTE OS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DO SUS
– A PERSPECTIVA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO**

SÃO JOÃO DEL REI
2017

BRUNA CAROLINE ALMEIDA DE FREITAS

**FATORES BENÉFICOS DA DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTAMENTO
PERANTE OS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DO SUS
– A PERSPECTIVA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Gilberto de Souza.

SÃO JOÃO DEL REI

2017

FATORES BENÉFICOS DA DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTAMENTO PERANTE OS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DO SUS – A PERSPECTIVA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO

FREITAS, Bruna Caroline Almeida de¹

RESUMO

O Brasil vive atualmente um grande dilema diante do problema de saúde pública que o aborto inseguro que atinge amplamente as classes de menor poder aquisitivo e em situação de vulnerabilidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente oferta os mais diversos tipos de métodos contraceptivos por intermédio da atenção básica (métodos de barreira, anticoncepção oral, dispositivo intrauterino – DIU entre outros), mas as orientações acerca da utilização destes métodos é falha ou por vezes inexistente, expondo a população feminina à chance de uma gravidez indesejada e de futuramente um aborto inseguro. O atual modelo de Programas de Atenção à Saúde da Mulher possui grande enfoque no processo gestacional, colocando em segundo plano o planejamento reprodutivo e a conscientização sexual, o que acaba deixando brechas para a realização do aborto inseguro e conseqüentemente expondo mulheres a risco iminente de morte. **Objetivos:** Demonstrar os pontos positivos com relação à descriminalização do aborto e propiciar discussões futuras embasadas cientificamente diante de tal assunto. **Métodos:** Foi realizada uma revisão literária com recorte temporal de 06 (seis) anos (2010-2016), reunidas publicações científicas disponíveis nas bases de dados eletrônicas: Scielo, Lilacs, Ebscohost e Dynamed Plus, além de referências literárias correlacionadas com o assunto. **Resultados e considerações finais:** Verificou-se uma subnotificação dos casos de aborto inseguro em grande parte dos artigos, o que prejudica diretamente os grandes órgãos de saúde produzirem estratégias que atinjam diretamente esta face. Além do fato de que, a criminalização do aborto de forma veemente vai contra a integralidade pregada pelas diretrizes/princípios do SUS.

Descritores: Aborto criminoso; aborto induzido; aborto provocado; aborto ilegal.
INSERIR MAIS

1. Introdução

Abortamento é a interrupção da gravidez até a vigésima ou vigésima segunda semana e com produto de concepção com peso menor que 500 g. Aborto é produto da concepção eliminado no abortamento.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde – (OMS)² a definição de abortamento inseguro é todo procedimento realizado para finalizar/interromper uma

¹ Bruna Caroline Almeida de Freitas. Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN. E-mail: brunadoula94@gmail.com

gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos.

Conforme dita o art. nº 128da Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, são situações protegidas pela lei onde o aborto é permitido e respaldado: Se não existe outro meio de salvar a vida da gestante, se a gravidez é resultante de estupro, a interrupção da gestação ocorre com consentimento da mulher ou em caso de menor de seu representante legal, e mais recentemente (2012), também foi incluída a interrupção gestacional de fetos anencéfalos.³

No Brasil, o profissional médico diante da admissão de um caso de abortamento na instituição de saúde, tem direito à objeção de consciência (abster-se de realizar o procedimento de abortamento, seja ele provocado ou espontâneo), e este direito é previsto na norma técnica de atendimento humanizado ao abortamento do Ministério da Saúde, mas o mesmo deve garantir atendimento da mulher em tempo hábil por outro profissional, entretanto, a objeção de consciência não é válida em situações que ofereçam risco de morte iminente à mulher ou possa causar danos/sequelas em caso de omissão de atendimento.⁴

Cada país possui sua legislação própria em relação ao aborto, e atualmente temos apenas 26% da população mundial sob proibição e criminalização do abortamento por lei (incluindo o Brasil), sendo assim, grande maioria dos países possui uma legislação mais flexível quando se trata deste assunto.⁵

Existem aqueles países que demandam em torno do aborto uns com mais mudanças evoluções sociais e científicas outros com menos, existindo aqueles que não permitem o aborto em nenhuma situação, exceto quando há risco de morte materno, existem os países permissivos ao aborto com algumas restrições legais e os países que permitem independente do motivo de sua busca.⁶

Ainda fazendo um comparativo em relação à legislação em torno do abortamento em outros países e no Brasil, Fernandes, Silva, Neto e Batigália⁷ explanam:

“[...] outros governos legislam sobre a antecipação terapêutica do parto e abortamento, observa-se que nos países europeus, essas práticas são tratadas de forma bastante liberal, autorizando o abortamento em diversas situações – em casos de estupro; malformação fetal; a pedido da mulher, quando há risco de vida ou para a saúde física e mental da gestante; ou por motivos socioeconômicos. Nesse aspecto destacam-se Holanda, Bélgica, Alemanha, Suécia, Reino Unido e Dinamarca [...]”

Nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de mortalidade em abortamento legal é de 0,7 a cada 100.000, sendo que esta mesma taxa menor que a anterior quando o

abortamento é executado no segundo trimestre. De acordo com dados providos pela OMS 01 em cada 09 mulheres no Brasil recorrem ao abortamento inseguro como meio para interrupção de uma gravidez indesejada ou não planejada, embora não seja possível saber exatamente quantas mulheres passam por estas situações de vulnerabilidade e risco iminente.²

Com relação à morbidade causada por abortamento, Melo, Lima, Alencar, Junior, Carvalho e Heukelbach⁸, citam:

“Foram registradas 4.007.327 internações hospitalares por abortamentos no SIH/SUS entre 1996 e 2012, com média anual de 235. 725 internações. Estimaram-se 16.905.911 abortos inseguros no Brasil, com média anual de 994.465 [...] Devido ao estigma associado ao procedimento e à ilegalidade do aborto, pode ter havido subnotificação no registro da ocorrência do aborto por parte das mulheres e prestadores de serviços de saúde, mesmo quando eles estão diretamente envolvidos no atendimento.”

No Brasil, estima-se a ocorrência de cerca de mais de um milhão de abortamentos inseguros realizados ao ano, representando uma das principais causas de morte materna no nosso país, juntamente com a hipertensão gestacional, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério. Existe uma dificuldade de levantamento de dados concretos sobre a quantidade de mulheres mortas devido complicações do aborto ilegal reconhecidas pela literatura especializada, mas dados aproximados sugerem que seja a quinta causa de morte materna no país.^{1,9,10}

A mortalidade materna é considerada um indicador de qualidade da atenção à saúde, e seus elevados índices em países subdesenvolvidos como o Brasil retratam a necessidade urgente de melhorias nessa área.⁶

De acordo com Hood, Silva e Vargens¹¹ as principais complicações decorrentes do aborto inseguro são: infecções, hemorragias, esterilidade, perfuração uterina, peritonite, tétano, septicemia e processos inflamatórios uterinos e das tubas uterinas. Bitencourt e, Santos¹² cita que a hemorragia está ligada a situações onde o abortamento seja incompleto, mas o choque hipovolêmico ou hemorrágico é uma das causas principais relacionadas à mortalidade materna associada ao aborto inseguro. A sepse também pode ser uma consequência da introdução de materiais contaminados no canal vaginal e útero, além também do risco de perfuração uterina. Observa-se então aumento de mulheres que procuram as unidades de emergência com complicações obstétricas, que são resultado de um abortamento provocado de forma indevida, evoluindo gravemente e necessitando de tratamentos e cuidados intensivos.

É preciso eliminar as barreiras regulatórias, políticas e programáticas obstaculizadoras do acesso à realização oportuna do abortamento bem como a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.²

É impossível falar de abortamento provocado e suas consequências, sem refletir sobre a autonomia da mulher diante de seu corpo:

“Com base nestes ensinamentos da doutrina, é pontual salientar que a autonomia da mulher sobre o seu corpo não deve sofrer limitações de forma arbitrária. Em todo o aparato jurídico encontram-se normas, limitando a autonomia das pessoas sobre o seu próprio corpo, tanto no que se refere à sexualidade, quanto no tocante à vida e à morte.”¹³

O Brasil apesar de possuir grandes parcerias internacionais, possui a criminalização do abortamento e conseqüente realização do aborto inseguro aumentando as taxas de complicações puerperais e de morte materna, comprometendo o alcance de metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e também não há a garantia total dos direitos sexuais e reprodutivos femininos. A prevenção do abortamento inseguro envolve os mais variados níveis de atenção em saúde, envolve uma redução do número de gestações indesejadas por meio de uma aplicação individualizada do planejamento reprodutivo, assistência de qualidade em saúde ao abortamento, manejo correto das complicações e atenção ao pós-abortamento.⁶

Os direitos reprodutivos são de forma resumida, o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e oportunidade de ter filhos, assim como possuir acesso à meios de informação para tomada deste tipo de decisão. Os direitos sexuais e reprodutivos precisam ser atrelados aos direitos humanos de uma maneira geral, pois é direito de todo cidadão a decisão de quantos filhos terá, quando terá e se terá, sendo necessárias implementações das políticas públicas através de atitudes profissionais livres de discriminação e preconceito.^{14,15}

Segundo Borges¹⁰ quem tem maior poder aquisitivo busca clínicas especializadas e tem acesso à assistência segura e qualificada, enquanto em contraste, quem não possui condições financeiras busca por pessoas leigas e não habilitadas utilizando métodos abortivos rudimentares e em condições higiênicas precárias, sendo estes fatores importantes para morbimortalidade feminina.

Os preceitos religiosos e a cultura local influenciam grandemente na formação de opinião e pensamento acerca do aborto como relata Ferrazza e Peres⁹:

“A questão do aborto no Brasil se mantém de forma hegemônica circunscrita ao debate em torno da moral e do poder regulador das instituições como a Igreja[...] Ideais religiosos que influenciam valores, crenças e concepções da sociedade brasileira ao definir a prática do abortamento como da ordem

pecaminosa e de desvalorização da vida e que inspiram posicionamentos médicos e jurídicos legitimados pelo estado que deveria ser laico, mas criminaliza o aborto no país.”⁹

Góes e Lemos¹⁶ em seu artigo sobre “O que pensa o acadêmico sobre o aborto provocado” nos mostra claramente a necessidade urgente de livrar o conteúdo acadêmico do curso superior de Enfermagem de juízo de valor e fundamentações religiosas, trazendo 71,34% dos entrevistados pelos pesquisadores contrários ao abortamento provocado, associando em seus depoimentos a culpa apenas à mulher e justificando os desígnios divinos de crenças pessoais, tecendo comentários pejorativos e de pré-julgamento, sem ao menos considerar os fatores psicossociais, financeiros e familiares.

Brasil¹, em sua cartilha cujo título “Atenção Humanizada ao abortamento”, trás em suma as avaliações e reflexões necessárias diante da descriminalização do abortamento:

“Compreender sua abrangência e (re) pensar soluções demanda tanto investimento em educação e informação – vitais no aprimoramento da capacidade crítica – quanto o comprometimento constante do Estado, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral com o ordenamento jurídico nacional e alguns de seus mais basilares princípios: a democracia, a laicidade do Estado, a igualdade de gênero e a dignidade da pessoa humana.”¹

Para uma mulher, finalizar um abortamento no hospital significa mergulhar repentinamente em ambiente no qual uma cultura institucional profunda está enraizada, por meio de processos e dinâmicas cotidianos e na rotina do trabalho e do cuidado dispensado.¹⁷

2. Fatores benéficos da descriminalização

Considerando a criação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e sua divulgação em 1984 por meio do Ministério da Saúde e a pregação teórica do princípio do atendimento integral, prioritariamente com foco para ações preventivas, o atual modelo de assistência à saúde da mulher brasileira encontra-se focado na parte gestacional e puerperal, mas deixa de lado aquelas que em situações onde a educação do plano reprodutivo encontra-se com lacunas que representam importante razão no número alarmante de abortos provocados, principalmente por aquelas mulheres de estratos sociais mais prejudicados. Deste modo, analisa-se que optar pelo abortamento não é uma decisão individual da mulher, envolvendo também fatores sociais (socioeconômicos e educacionais, por exemplo), sua família e o parceiro sexual.¹⁸

É demonstrada uma correlação da diminuição da mortalidade materna em países onde não existem restrições tão rígidas quanto ao abortamento, e também sobre a importância da conjuntura com uma educação sexual e reprodutiva eficiente e equitativa tal como trás a OMS² no seguinte trecho:

“[...] as restrições legais relacionadas ao abortamento levam mulheres a buscar pelo procedimento ilegal inseguro, sendo a proporção de mortalidade materna maior em países em desenvolvimento e com restrição legal [...] A evidência acumulada tem apontado uma redução da mortalidade materna com eliminação destas restrições. Na prática, cada uma destas mortes poderia ser evitada através de uma boa educação sexual, planejamento familiar e acesso ao abortamento induzido legalmente e de forma segura.”

Considerando que a mortalidade represente apenas uma parte deste problema, os dados referentes à morbidade pelo abortamento confirmam sua magnitude. A curetagem pós-abortamento é considerada o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde. É importante ressaltar que a morbimortalidade materna está envolvida principalmente com o abortamento inseguro, realizado em condições insalubres e por pessoas não capacitadas para executar tal procedimento.^{1,6}

[...] a ilegalidade favorece o aumento do número de óbitos maternos resultantes da realização de abortos clandestinos, propiciando a iniciativa de legalização do aborto como um mal para sanar outro mal.¹⁹

Os riscos de intercorrências decorrentes do aborto inseguro são diminuídos de forma significativa com a descriminalização, conforme cita a OMS²:

“Nos lugares onde a legislação permite abortamentos segundo indicações amplas, a incidência e as complicações de um abortamento inseguro em geral são menores do que nos lugares onde o abortamento legal está mais restrito [...] Quando o abortamento é realizado por pessoal devidamente treinado, em condições médicas modernas, é extremamente raro surgirem complicações e o risco de morte é insignificante. (em contraste com o abortamento inseguro).”

Além das consequências nefastas do aborto inseguro em termos de morbimortalidade de mulheres, observa-se a organização de um comércio ilegal e desafios no plano moral para as mulheres em situação de tomada de decisão quanto à descontinuidade da gestação.²⁰

Góes e Lemos¹⁶ demonstram que a criminalização no Brasil não impede a busca pelo abortamento clandestino, e sim dificulta o acesso dessas mulheres ao atendimento digno e seguro, além ofertarem a chance da classe médica lucrar grandemente em cima dessas situações, cobrando valores exorbitantes (muitas vezes inalcançáveis pelas mulheres).

A penalização do aborto não protege a vida da mulher, já que o índice de mortalidade materna é maior que o índice de complicações decorrentes do aborto, o que resulta em infecções, que são registradas como morte, e mascaram a realidade.²¹

Silveira, Mccallum e Menezes²² em seu estudo sobre “Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro”, através das narrativas de mulheres que passaram por tal procedimento, demonstra que a segurança do procedimento não pode ser totalitária no setor privado e pelo procedimento pago em clínicas clandestinas que possuam o arcabouço necessário para a realização do abortamento, não havendo garantia de um tratamento seguro e humanizado, mesmo em condições melhores que aquelas promovidas por leigos. De certa forma, estas mulheres entrevistadas em sua maioria tinham a expectativa de que na clínica privada não sofreriam constrangimento, punições e humilhações de uma forma geral.

O abortamento seguro é uma forma de reduzir custos. O gasto que ocorre pelos sistemas de saúde no tratamento das complicações de um abortamento inseguro sobrecarrega e onera os sistemas de saúde.²

No primeiro trimestre de gestação são métodos aceitáveis a aspiração intrauterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico (por meio de Misoprostol®, por exemplo) e a curetagem uterina. A escolha destes métodos dependerá da disponibilidade na instituição e da preferência da mulher, devendo sempre ser respeitadas a existência do método na unidade assim como a habilidade do profissional a realizá-la e as condições físicas, sociais e emocionais da mulher a ser submetida.¹

Silva, Bedone, Fagundes, Fernandes e Moura²³ em seu estudo sobre “Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de Misoprostol®?” reúne estudos brasileiros que demonstram a diminuição de complicações pós abortamento (principalmente complicações infecciosas) quando há o uso de Misoprostol® no abortamento induzido, além da facilidade de utilização do medicamento, que vem sido utilizado com frequência nos países desenvolvidos onde o abortamento se inclui numa legislação mais flexível.

De acordo com a OMS²:

“É preciso haver um arcabouço regulatório e político propício para garantir a cada mulher (com amparo legal para ser acolhida) o acesso simples aos serviços de provisão do abortamento em condições seguras. Independente de o abortamento ser feito com todas as restrições legais ou estar absolutamente disponível, a probabilidade de uma mulher engravidar de forma não desejada e, por isto, tentar um abortamento induzido é praticamente a mesma. [...] O

abortamento ser ou não ser legal não produz nenhum efeito sobre a necessidade de praticá-lo, porém, afeta dramaticamente o acesso das mulheres a um abortamento em condições seguras.”²

3. Perfil epidemiológico das mulheres que buscam o aborto ilegal

Bonamigo¹⁹ faz uma observação interessante diante da avaliação do perfil epidemiológico das mulheres que procuram pelo serviço de aborto clandestino, um ponto que merece nossa atenção é de que grande parte destas faz uso de algum método contraceptivo, comprovando assim que a totalidade da eficácia não existe [...]: “Mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com Misoprostol.”

Há uma segregação sociorracial durante o acompanhamento médico ao abortamento, sendo as mulheres negras, com escolaridade baixa e com idade até 21 anos as que buscam mais frequentemente pelo abortamento inseguro sem nenhuma ajuda, executando o procedimento sem acompanhamento. Mulheres negras possuem três vezes mais risco de morte durante a realização de um abortamento inseguro, devido o acesso dificultado ao planejamento familiar e menores recursos para clínicas clandestinas especializadas, estando a mercê de leigos.^{10,24}

Existem os mais variados motivos para que a mulher busque pelo abortamento ilegal (seja ele em condições adequadas ou não) tais como: situação socioeconômica dificultosa, falta de suporte do companheiro, desestabilidade familiar, e ainda são demonstrados sentimentos em relação ao convívio familiar dessas mulheres, sendo relatado por grande parte delas violência por parte do parceiro, abandono e desestabilização na relação após descoberta da gravidez.^{25, 26, 27}

“As mulheres em situação de aborto incompleto ou com complicações, geralmente, sentem constrangimento em declarar seus abortamentos nos serviços de saúde, resultando em grande subnotificação do evento. Essa subnotificação traz uma tendência de declínio nos resultados da taxa de óbito. Também mostra um decréscimo na idade de mulheres que foram a óbito por abortamento, principalmente no Nordeste onde a taxa de óbitos maternos por aborto é a principal causa de morte materna.”²¹

De acordo com Diniz e Medeiros²⁴ em seu estudo sobre os “Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras” (Brasília, Porto Alegre, Salvador e Rio de Janeiro) entre 2010-2011, não existem estudos embasados sobre o funcionamento de clínicas privadas e ilegais, existindo poucos estudos sobre os itinerários dessas mulheres que iniciam e finalizam seus abortos com métodos ilegais (sejam eles inseguros ou não), e aquelas que procuram pela internação em hospitais

públicos para finalização do abortamento, além de ter observado a predominância de mulheres negras de até 19 anos e já com filhos que realizaram o primeiro aborto.

4. Atuação do enfermeiro no planejamento familiar e anticoncepção. Humanização à assistência ao abortamento

O planejamento familiar é um método de intervenção na saúde da família, portanto deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher. A fase do ciclo de vida da família deve ser avaliada, bem como suas crenças, valores e tradições. Um bom planejamento familiar trás consigo enormes benefícios dentre eles evita a concepção de crianças indesejadas, propiciando assim que a gravidez ocorra em um ambiente melhor preparado, além também de promover condições sociais, pessoais, sanitárias e de saúde mais adequadas.¹⁴

Nesse contexto, o planejamento familiar, quando oferecido de forma contínua e prolongada, pode contribuir para a redução do número de gestações indesejadas e abortos ilegais e contribuir para a redução da mortalidade materna.⁶

O abortamento surge das necessidades não supridas pelo planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre métodos contraceptivos, dificuldades de acesso, resultando em uso inadequado ou abandono do método, sendo necessário destacar que, o abortamento é procurado às vezes por violência pelo próprio parceiro (sexual, física, psicológica) ou pela própria família.¹

A OMS² nos trás a tona a importância de uma boa realização do planejamento familiar e controle da anticoncepção para uma menor busca ao abortamento induzido, mas ressalta a importância de ofertar tal procedimento para resguardar a vida das mulheres.

“Todos os fatores necessários para o acolhimento ideal de uma criança no meio familiar exigem o exercício responsável da sexualidade, uma vez que a ênfase do questionamento ético na nossa sociedade não está voltada para os que não desejam ter filhos, mas para os que geram filhos sem se preparar para serem pais”¹⁴

A exclusão do homem da responsabilização diante do aborto provocado é um ponto que merece atenção por parte dos profissionais de saúde, visto que atualmente temos sendo inserida lentamente a participação masculina nas políticas de saúde reprodutiva.²⁷

Os impressionantes avanços no uso de anticoncepcionais acarretaram uma redução na quantidade de gravidezes não desejadas, porém não eliminou a necessidade de se ter o acesso ao abortamento seguro. O conhecimento limitado em relação aos tipos

e uso de métodos contraceptivos juntamente com a falta de programas nacionais de atenção direta à contracepção acabam contribuindo para o uso inadequado, resultando em falha ou abandono do método, aumentando assim as chances para realização de um abortamento provocado. Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem se mostrado como uma medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos.^{1,2,21}

Almeida, Melo, Silva e Santos¹⁵ citam em seu estudo descritivo-exploratório a pouca adesão das usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF) as reuniões/consultas de planejamento familiar/reprodutivo, visto que boa parte das mulheres espera receber a medicação (anticoncepção hormonal oral/injetável) nestas reuniões.

A OMS² ainda reforça:

“Nenhum método é 100% eficaz na prevenção da gravidez. A partir dos dados de 2007 sobre o predomínio dos métodos anticoncepcionais e das taxas de fracasso típico dos métodos anticoncepcionais, estima-se que a cada ano aproximadamente 33 milhões de mulheres em todo o mundo tenham uma gravidez acidental enquanto usam um método anticoncepcional.”

Com enfoque no cuidado integral às mulheres, a educação sexual juntamente com o planejamento familiar, deve ser executada de maneira individualizada, atendendo as necessidades de cada mulher a fim de evitar uma gravidez indesejada e consequentemente a necessidade de um abortamento, devendo este procedimento existir como apoio e não como método principal [...] atuando de forma a evitar futuros abortos.²⁵

Brasil¹ trás como recomendação a importância do aconselhamento precoce sobre anticoncepção pós-abortamento, visto que 75% das mulheres tem seu ciclo ovulatório reiniciado até 06 semanas depois de ocorrido o abortamento.

O aconselhamento a cerca da contracepção no pós-abortamento é um ato amplamente praticado em países que não possuem restrições legais em relação ao abortamento, sendo uma evidência a ser aplicado de maneira imediata à hospitalização, assim como a oferta dos contraceptivos compõem parte da atenção depois de realizado o abortamento, além de diminuir a chance de a mulher ter outra gestação não planejada e consequentemente realizar outro abortamento inseguro, o aconselhamento diante dos métodos contraceptivos deve ocorrer ainda no período de hospitalização da mulher, pois as orientações prestadas neste período aumentam a chance de uso do método corretamente nos próximos meses, diminuindo assim o risco de uma próxima gravidez

indesejada. Observou-se ainda uma taxa diminuta de mulheres que receberam orientação após a alta hospitalar.^{25,28,29}

É papel do profissional de enfermagem oferecer às mulheres em situação de vulnerabilidade e que buscaram pelo abortamento provocado, um atendimento sem julgamento de valor, não punindo verbal e fisicamente, utilizando uma escuta afetiva para resolução do problema base, para que isto aconteça é necessário destruir os estereótipos presentes em nossa cultura quando tratamos de aborto e violência.²⁷

“[...] na perspectiva da prevenção da repetição do aborto, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência com a verbalização dos sentimentos, a compreensão do significado do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que a levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada¹.”

O sigilo na prática profissional é dever legal descrito no Código de Ética de Enfermagem, desta forma o enfermeiro ao abordar uma mulher em situação de abortamento provocado não deve comunicar esta situação a autoridades judiciais, policiais, nem ao Ministério Público, exceto em situações para proteger o bem estar da mulher ou com seu consentimento declarado.²¹

“A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida): a) autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; b) beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); c) não maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e d) justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.”¹

A experiência de ter provocado um abortamento em si própria pode tratar-se de uma parte da sabedoria e conhecimento de cada mulher no seu âmbito reprodutivo. Existem várias mulheres que relatam ter ajudado outras mulheres no processo de abortamento ilegal com base em suas experiências pessoais e isto é um sinal de como a cultura do aborto é compartilhada de forma ampla pelas mulheres no Brasil. Esta cultura não pode ser definida como secreta, pois existem pontos em comum nas narrativas femininas mesmo em mulheres tão diferentes.²⁴

A partir do momento em que a prática do cuidado passa a ser desenvolvida observando-se o direito da mulher de ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade, livres de coerção e discriminação, e legitimada pelo Estado, os critérios éticos profissionais se sobrepõem a posições moralistas e religiosas, que muitas vezes impedem o cuidado menos preconceituoso.³⁰

A taxa de realização de abortamentos aumenta naquela parcela de mulheres que sofrem ou já sofreram algum tipo de violência sexual ou coerção deste tipo, podendo compreender-se assim que a luta pela descriminalização do abortamento é advinda do direito de não querer gestar um filho de um relacionamento abusivo e de um companheiro violento.³¹

5. Considerações finais

O Brasil ainda faz parte da diminuta porcentagem mundial que restringe o abortamento e este fator acaba derivando resultados devastadores à vida das mulheres que buscam por meios inseguros de interrupção gestacional, fazendo assim com que o país ande na contramão das evoluções mundiais em saúde e atue contra a autonomia feminina.

A criminalização do abortamento e seus resultados negativos diante da saúde pública brasileira afetam diretamente a classificação do Brasil diante do cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, pois está entre os pontos preconizados, a baixa taxa de mortalidade materna, fator que vem sido diretamente afetado pelas consequências do abortamento inseguro e criminalizado.

Os estigmas e julgamentos construídos desde o ensino acadêmico de enfermagem até a prática propriamente dita propiciam a ocultação de informações por parte da mulher por medo de represália e até mesmo denúncias, derivando assim subnotificações que representam importantes dados que poderiam ser utilizados para construção de discussões e estratégias de intervenção diante de tal problema.

A descriminalização do abortamento diante do planejamento reprodutivo do sistema público de saúde deve acontecer como meio de segurança em preservação da vida das mulheres e não como método contraceptivo, devendo sempre sua defesa ser aliada a uma boa prática educacional individualizada e ao mesmo tempo coletiva do planejamento reprodutivo e familiar.

REFERÊNCIAS

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

2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Segunda edição. 2013
3. BRASIL. Artigo nº 128 do Decreto-Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. **Dispõe sobre as situações respaldadas para realização do abortamento no Brasil**.
4. MADEIRO, Alberto Pereira. DINIZ, Debora. **Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):563-572, 2016
5. 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. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1): 123-33
6. DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Mirian Aparecida Barbosa. **O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem**. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 jan-mar; 14 (1): 177-81
7. FERNANDES, Samuel Servinhani; SILVA, Bruna Fonseca; NETO, Landri Carvalho; BARTIGÁLIA, Fernando. **Liberção médico-jurídica da antecipação terapêutica do parto em anencefalia: implicações éticas**. *Rev. Bioét.* (Impr.). 2016; 24 (2): 260-6 encontrado em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242126>
8. MELO, Francisco Rogerlândio Martins. LIMA, Mauricélia da Silveira. ALENCAR, Carlos Henrique. JUNIOR, Alberto Novaes Ramos. CARVALHO, Francisco Herlânio Costa. HEUKELBACH, Jorge. **Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012**. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):508-520
9. FERRAZZA, Daniele de Andrade; PERES, William Siqueira. **Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil**. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 28, n. 1, p. 17-25, jan-abr. 2016. doi: Encontrado em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1016>
10. BORGES, Miriam Franco. **Aborto inseguro: Motivações e consequências desta prática**. Porto Alegre. 2012. TCC apresentado ao curso de enfermagem da UFRGS.
11. HOOD, Marie Dominique; SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **A enfermagem e a questão do aborto: análise de publicações em eventos científicos**. *Enfermagem Obstétrica*, Rio de Janeiro, 2016; 3 e42.
12. BITENCOURT, Carlos Santana. SANTOS, Lia Cristina Galvão dos. **Cuidados intensivos de enfermagem frente às complicações do aborto provocado**. *Rev. Enferm. UFPE online.*, Recife, 7(esp):977-84, mar., 2013

13. ALECRIM, Gisele Machado; SILVA, Eduardo Pordeus; ARAÚJO, Jailton Macena. **Autonomia da mulher sobre seu corpo e intervenção estatal.** Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba Nº 02 - 2º Semestre de 2014 ISSN | 2179-7131 | <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/index>
14. SANCHES, Mário Antônio; SILVA, Daiane Priscila Simão. **Planejamento Familiar: do que estamos falando.** Rev. Bioética. 2016; 24 (1): 73-82. Encontrado em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241108>
15. ALMEIDA, Maryla Pinto; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; SILVA, Lucineide Santos; SANTOS, Ana Dulce Batista dos. **Atenção em saúde no planejamento reprodutivo: Atitudes e práticas de enfermeiros.** Rev. Enferm. UFSM 2016 Abr./Jun.;6(2): 270-280
16. GÓES, Fernanda Garcia. LEMOS, Adriana. **O que pensa e diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado.** Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. abr/jun. 2(2):913-921
17. MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. **O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.37-56.
18. CARVALHO, Simone Mendes. PAES, Graciele Oroski. **Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-Mar 2014
19. BONAMIGO, Élcio Luiz. **Manual de Bioética: Teoria e Prática.** 3 ed. – São Paulo – SP. Print, Editora. 2015
20. CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias Villela; MASTRELLA, Miryam. **Aborto e Misoprostol; usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica.** Ciência & Saúde Coletiva, 17 (7): 1777-1784. 2012
21. SANTANA, Danielli Manheze; SANTOS, Rute Silva Dos; PÉREZ, Bàrbara Angélica Gómez. **A assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 2014 Abr;2(1):50-59
22. SILVEIRA, Paloma; MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice. **Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(2):e00004815, fev, 2016
23. SILVA, Daniela Fornel de Oliveira. BEDONE, Aloísio José. FAGÚNDES, Aníbal. FERNANDES, Arlete Mari dos Santos. MOURA, Verônica Gomes Alencar de Lima e. **Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (4): 441-447 out. / dez., 2010

24. DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. **Itinerários e métodos de aborto ilegal em cinco capitais brasileiras**. Programa de Pós Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Caixa Postal 8011. 70673-970 Brasília DF. d.diniz@gmx.com 2 Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília. 2012
25. RIBEIRO, Thays Barbosa; BOLPATO, Marieli Basso. **Aborto provocado: consequências físicas, psicológicas e as implicações para a assistências de enfermagem**. On-line <http://revista.univar.edu.br> Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar (2013) n.º9 Vol – 1 p. 136 – 14
26. REBOUÇA, Melina Séfora Souza; DUTRA; Elza Maria do Socorro. **Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2011
27. SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ, Normélia Maria Freire. **Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 742-50.
28. Borges ALV, Monteiro RL, Hoga LAK, Fujimori E, Chofakian CBN, Santos AO. **Anticoncepção pós-abortamento: atenção e práticas**. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):293-300 DOI: 10.1590/0104-1169.3240.2415 www.eerp.usp.br/rlae
29. BORGES, Ana Luiza Vilela. **Contracepção pós-abortamento: relação com a atenção em contracepção e intenção reprodutiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(2):e00102015, fev, 2016
30. MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann, MARTINI; Jussara Gue; VARGAS, Myriam Aldana. **Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro**. RevEscEnferm USP 2012; 46(4):914-21 www.ee.usp.br/reeusp/
31. ROMIO, Caroline Matos. ROSO, Adriane. CARDINAL, Mirela Frantz. BASSO, Samanta. PIERRY, Larissa Goya. **Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil**. Psic. Rev. São Paulo, volume 24, n.1, 61-81, 2015