

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ENFERMAGEM**

ARIADNE LOUISE DA COSTA FONSECA,
ISABELY RAMOS PINTO LISBOA
RAYSA LOHANNA DA CUNHA PIMENTA
PROFESSOR-ORIENTADOR JULIANA LANGSDORFF

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS ABORTAMENTO

Rio de Janeiro

2021.1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS ABORTAMENTO

NURSING ASSISTANCE IN POST ABORTION

Autores:

Ariadne Louise da Costa Fonseca. Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário São José.

Isabely Ramos Pinto. Lisboa Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário São José.

Raysa Lohanna da Cunha Pimenta. Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário São José.

Orientador:

Juliana Langsdorff. Mestre em Saúde Pública Residência/especialização em Saúde da Família Sanitarista.

RESUMO

Palavras-chave:

ABSTRACT

Keywords:

INTRODUÇÃO:

O abortamento se tornou um tema bastante vigente e polêmico na sociedade moderna, inclusive no Brasil, provocando discussões sociais, técnicas e até conceituais. A utilização sinonímia de aborto e abortamento não é consensual, dado que aborto é também tido como produto do abortamento, seja feto, seja outro produto da gestação. Esta ocorrência possibilita o aparecimento de ambiguidades, eventos indesejáveis em relatos científicos.

Neste estudo utilizaremos o termo abortamento, com base na Organização Mundial da Saúde e aprovada pelo Ministério da Saúde para nos referirmos à interrupção da gravidez de até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando

menos que 500g. E consideraremos que o aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005). São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher.

Pretendemos através desse estudo explicar quais as consequências físicas e psicoemocionais oriundas do processo de abortamento, independentes das causas, procurando responder, à luz da literatura científica aos seguintes questionamentos: Qual seria o plano de cuidado ideal para a assistência da mulher após o abortamento em seu contato com a Atenção Primária à Saúde? Dispomos de manuais e guias práticos atualizados que nos proporcione apoio técnico? Como estão organizados o acolhimento e assistência a esses casos na Atenção Primária à Saúde, tanto em situações em que a gestação era desejada, ou não, quanto em abortamentos provocados?

Desejamos que esse estudo seja mais do que a apresentação de uma diretriz. Que inspire uma postura ética da escuta ativa dessa mulher e de seus familiares, reconhecendo seu papel no processo de saúde e adoecimento. E que também estimule o protagonismo profissional do enfermeiro do programa de saúde de família, que deve enquanto profissional autônomo captar as necessidades desses sujeitos, e ofertar cuidados para que seus objetivos sejam alcançados, usufruindo assim de plena saúde física, mental e social.

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar a produção científica acerca do cuidado proporcionado às mulheres nos pós abortamento no âmbito da atenção primária no contexto nacional.

Temos como objetivos específicos conhecer e categorizar a produção científica acerca do cuidado proporcionado às mulheres em situação de pós abortamento no âmbito da atenção primária, no contexto nacional.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, buscando respostas geralmente subjetivas a uma hipótese.

A elaboração da pesquisa terá como ferramentas para levantamento e análise de dados, materiais já publicados sobre o tema; manuais, livros, artigos científicos,

publicações periódicas e materiais na Internet disponíveis nos seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual da Saúde, SCIELO e MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Conforme esse assunto foi crescendo e ganhando importância ao longo dos anos e com aumento de relatos de profissionais da área, consideramos necessário pesquisar mais sobre a assistência de enfermagem ao abortamento. Temos a intenção que estas informações acrescentem ideias e conhecimento à enfermagem, para que essas mulheres tenham acesso à atenção humanizada e integral, pois o abortamento pode ocasionar grande trauma e suas consequências dependem muito da vida socioeconômica desta mulher, assim como seu cuidado também deve ser diferenciado por este motivo.

De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), a incidência de óbitos por complicações do aborto oscila em torno de 12,5%, ocupando o ranking das principais causas de morte materna. Segundo dados da OMS, o nosso país lidera as estatísticas de abortamento provocado em todo o mundo com um total de quatro milhões por ano. Em um contingente de 36 milhões de mulheres, uma em cada nove mulheres brasileiras recorre ao aborto como meio para terminar uma gestação que não foi planejada ou indesejada (BITTENCOURT, 2000).

No entanto, vale à pena ressaltar que não se sabe, exatamente, quantas mulheres vivenciam o abortamento ou quantas morrem anualmente por causas relacionadas às suas complicações, pois, por ser ilegal em muitos países do mundo, inclusive no Brasil, ocorre predominantemente na clandestinidade e em condições precárias, o que leva a subnotificação de casos. E pela criminalização do procedimento de abortamento, ocorre alteração de estatísticas, devido às políticas públicas diferentes em cada realidade regional e faixa etária, nas quais a gravidez indesejada é a mais prevalente.

Dessa forma, os dados epidemiológicos sobre o aborto são escassos, pois em diversos casos ocorre o óbito das mulheres que vivenciam o abortamento fisiológico ou induzido sem a notificação compulsória e sem a assistência devida, além dos profissionais pré-julgarem deixando de exercer sua função correta e ética na oferta de assistência humanizada.

Logo é de grande relevância para os discentes de enfermagem esta pesquisa, pois não só contribuirá para a possível construção de um protocolo de assistência ao abortamento, quanto à prática deste.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil: O abortamento do PAISM ao PNAISM.

A partir da luta das mulheres para obterem melhorias no campo da saúde, criou-se, em 1984, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), tornando-se a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004. A PNAISM tem por objetivo a humanização e assistência à saúde de todas as mulheres, incluindo as marginalizadas pela sociedade e em estado de vulnerabilidade, ofertando por meio dessa política, promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Contudo, não houve redução na taxa de mortalidade materna no Brasil; e a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis. (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2004) a taxa de mortalidade materna pode servir de indicativo para avaliar as condições de saúde de uma população e através desses dados desenvolve-se as Razões de Mortalidade Materna (RMM) e essas razões elevadas são indicativas de problemas socioeconômicos, como baixo grau de informação e escolaridade.

No ano de 2001, a RMM corrigida foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos nas capitais brasileiras. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o abortamento, todas evitáveis (BRASIL, 2004).

O abortamento realizado em situações de risco é acompanhado de complicações severas, normalmente agravadas por falta de conhecimento desses sinais por mulheres

e falta de preparo dos profissionais de saber como agir nessas situações. (PNAISM 2004). As complicações que ocorrem com mais frequência são: perfuração no útero, a hemorragia e a infecção que pode levar a graus distintos de morbimortalidade (BRASIL, 2005b).

Estimou-se que os abortamentos clandestinos em 20% são realizados por médicos em clínicas e 50% são realizados no domicílio feito pelas próprias mulheres e apresentam complicações (PNAISM, 2004).

Estes abortamentos realizados de forma insegura configuram umas das principais causas de morte materna e discriminação que essas mulheres sofrem por conta dos profissionais de saúde e falta de interesse nessa assistência, já que a mulher é vista numa figura materna e perde essa essência ao realizar o abortamento.

2.2 Aspectos Epidemiológicos, Biológicos e sociais do abortamento.

O abortamento esteve na pauta de pesquisas brasileiras nos últimos 20 anos, o que reforça a relevância deste tema para a saúde pública do país. Porém grande parte destas pesquisas é sem evidências. Os únicos resultados confiáveis comprovam que a ilegalidade deste abortamento traz consequências negativas para a saúde das mulheres e essas consequências são bem mais frequentes em mulheres com situações socioeconômicas marginalizadas (BRASIL, 2005).

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve o sentimento de culpa, sensações de perda, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, necessitando de uma assistência adequada, segura e humanizada. (BRASIL, 2011).

Outros 10% dos abortamentos são provocados pelas gestantes, de diferentes formas. Esses abortamentos são resultados de uma falha no planejamento reprodutivo, falta de informação sobre anticoncepcionais, dificuldade de acesso aos métodos e falha no uso. Em muitos casos em que a gestação motivou o abortamento, pode haver relação com violência sexual cometida tanto por desconhecidos, como de âmbito familiar, segundo o MS (Ministério da Saúde).

Os aspectos culturais, religiosos, legais e morais dificultam o acesso a essa informação, por falta de dados epidemiológicos claros resultados de subnotificação. Nos casos previstos em lei a mulher tem direito ao processo de abortamento assistido, mas segundo Morais (2008), ocorre que, mesmo sendo expressamente permitidos, os médicos esquivam-se de realizá-lo sob alegação de divergência moral. E diante disso muitas mulheres praticam esse aborto na própria residência, seja com medicamentos, plantas, chás, saltando da escada e isso em condições inseguras pode acarretar consequências danosas à saúde desta mulher.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) metade das gestações é indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento.

No Brasil estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortos inseguros no ano, o artigo 128 do Código Penal de 1940 prevê o abortamento legalizado para gestações resultantes de estupro e para o caso de risco de morte para a mulher, a questão está em cumprir a legislação. (BRASIL, 2011).

Em países onde as mulheres têm acesso aos serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de um abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100 mil procedimentos (BRASIL, 2011). Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de um abortamento realizado por profissionais e em condições seguras (OMS, 2004).

Por outro lado, em países onde o aborto é proibido por lei ou norma religiosa, não há queda da taxa total de abortos, pelo contrário, estudos demonstram um efeito direto entre a proibição e o aumento das taxas de abortamentos clandestinos e inseguros, e logo, da mortalidade materna (BRASIL, 2006; DREZETT, 2005; BRASIL, 2011).

Considerando que a mortalidade é uma parte desse problema, os dados sobre as hospitalizações indicam que a curetagem pós abortamento é o terceiro procedimento obstétrico mais realizado na rede pública. E as repercussões na vida pessoal, social, precisam ser vistas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as à morte ou implicando sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva.

2.3 Situações de abortamento: Tipos de abortamento

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g, ou ainda, quando mede até 16,5cm de estatura (MORAIS, 2008). Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005a), podendo se classificar em: completo, inevitável/incompleto, retido, infectado, habitual, e abortamento eletivo previsto em lei.

O abortamento completo ocorre, geralmente, em gestações de menos de oito semanas, onde a perda sanguínea e dor cessam após expulsão do material ovular. O tamanho do útero encontra-se menor do que o previsto de acordo com a idade gestacional, o colo uterino pode apresenta-se aberto.

O abortamento inevitável/incompleto apresenta sangramento mais elevado do que na ameaça de abortamento, diminuindo com a saída de coágulos ou de restos ovulares, e as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o orifício cervical interno encontra-se aberto.

Nesse caso a indicação é que se realize uma aspiração manual intra-uterina (AMIU), por ser mais segura e rápida. Quando não for possível usar a técnica AMIU, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, emprega-se o misoprostol.

O abortamento retido se dá com o desaparecimento de sinais e sintomas de gestação, onde o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sangüínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça. Quando a idade gestacional for menor que 12 semanas a indicação é AMIU, quando o tamanho uterino indicar idade gestacional maior que 12 semanas, a indicação é indução com misoprostol.

O abortamento infectado geralmente está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais 23

freqüentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino.

Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina. Mediante exames laboratoriais o tratamento se dá com antibioticoterapia. Em gestações com tamanho uterino compatível com idade gestacional menor que 12 semanas, a indicação de técnica de esvaziamento uterino é a AMIU, por apresentar menores taxas de complicações e dilatação cervical. Quando não é possível utilizar-se a técnica da AMIU, pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina.

O aborto habitual caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, para identificar causas e tratamentos dos abortamentos.

No Brasil ainda existe a possibilidade de abortamento previsto em lei, caso exista indicações como: único meio de salvar a vida da gestante, feto anencéfalo, e se a gravidez resulta de estupro (Morais, 2008). A interrupção desta gestação, obedecendo à legislação em vigor, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimentos aspirativos (aspiração manual intra-uterina - AMIU ou elétrica) ou dilatação e curetagem.