

ABORTAMENTO INSEGURO NO BRASIL: MAGNITUDE DO PROBLEMA, ATENDIMENTO EMERGENCIAL E USO DE CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

UNSAFE ABORTION IN BRAZIL: MAGNITUDE OF THE PROBLEM, EMERGENCY SERVICE AND THE USE OF EMERGENCY CONTRACEPTION

Luciana Barcello Teixeira
luciana.bteixeira@gmail.com

Jaciane Pinto Guimarães
jacipg@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho apresenta de uma revisão da literatura sobre a problemática do abortamento inseguro no Brasil. Embora o aborto seja um direito da mulher consagrado em importantes conferências internacionais, no Brasil o aborto só é permitido em casos previstos em Lei específica. Entretanto, os dados apontam que a ilegalidade do aborto não restringe a sua prática, já que estas restrições não alteram as condições básicas relacionadas com as gestações indesejadas. O aborto tornou-se uma prática social visível, com conseqüências desastrosas para a saúde da mulher, contribuindo para os elevados índices de mortalidade materna. As complicações decorrentes do abortamento inseguro levam à necessidade de atendimento emergencial em saúde, sendo que o abortamento é a terceira causa de morte materna no Brasil. A introdução da contracepção de emergência tem sido vista como uma alternativa para reduzir as elevadas taxas de abortamento inseguro no Brasil, entretanto, pouco se conhece sobre o alcance e conhecimento da população sobre esse método.

Palavras-chave: Aborto provocado. Abortamento inseguro. Atendimento emergencial. Contracepção de emergência.

ABSTRACT

This work presents a literature review on the unsafe abortion in Brazil. Although abortion is a women's right consecrated in important international conferences, in Brazil, abortion is only allowed in cases predicted by specific law. However, data show that the unlawfulness of abortion does not restrict its practice. Once such restrictions do not alter the basic conditions related to unwanted pregnancy. Abortion has become a visible social practice, with disastrous consequences for the woman's health, contributing to high maternal mortality rate. The complications derived from unsafe abortion lead to the need for emergency health service, being that abortion is the third cause of maternal death in Brazil. The introduction of emergency contraception has been seen as an alternative to reduce the high rates of unsafe abortion In Brazil, however, little is known about the population's reach and knowledge of this method.

Key-words: Provoked abortion. Unsafe abortion. Emergency service. Emergency contraception.

INTRODUÇÃO

O aborto é um tema extremamente relevante na área da saúde. Embora o aborto seja reconhecido internacionalmente como um direito da mulher, a legislação em muitos países, como no caso do Brasil, torna sua prática ilegal. Como consequência, milhares de mulheres realizam aborto de forma insegura, o que implica em potenciais desfechos negativos para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pelas complicações frequentes que envolvem situações de atendimento emergencial em saúde e risco de vida decorrente dessa prática, que contribui inclusive, para a manutenção da elevada taxa de mortalidade materna brasileira. Paralelo a questão do aborto, tem se discutido os avanços trazidos pela contracepção de emergência após sua introdução no sistema público de saúde, e seu possível impacto em reduzir o número de gestações indesejadas e consequentemente reduzir as taxas de aborto inseguro.

O presente trabalho se insere num conjunto de iniciativas e estudos desenvolvidos pela autora, durante sua trajetória acadêmica, no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto ao núcleo de pesquisa que se propõe a investigar as especificidades sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil.

Os objetivos do presente trabalho foram:

- Apresentar a revisão de literatura sobre o impacto do abortamento inseguro e as complicações emergenciais decorrentes desta prática sobre a saúde das mulheres;
- Apresentar a conduta de atendimento em urgência e emergência para mulheres em situação de abortamento;
- Apresentar a revisão de literatura sobre como ocorreu a introdução da contracepção de emergência neste cenário;
- Subsidiar a hipótese que de o acesso ainda restrito a contracepção de emergência no sistema público de saúde, poderia contribuir com as práticas ilegais de abortamento inseguro.

ABORTAMENTO

A Organização Mundial de Saúde define por abortamento a interrupção da gravidez até a 20^a - 22^a semana, com produto da concepção pesando menos que 500 gramas. Por aborto, entende-se o produto da concepção eliminado durante o abortamento. (WHO, 1992). O abortamento é considerado inseguro quando praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente capacitação técnica, ou ambas as condições. Nesses casos, o abortamento relaciona-se com taxas elevadas de mortalidade e de morbidade. Por outro lado, quando realizado em ambiente apropriado, com técnicas adequadas, e por profissionais de saúde capacitados, o abortamento é procedimento seguro, com riscos reduzidos se comparado com outros procedimentos médicos. (WHO, 2003).

Embora o recurso ao abortamento tenha sido comum em quase todas as sociedades, foi só a partir do século XIX que nações ocidentais passaram a regulamentar essa prática – e, em muitos casos, a proibi-la. Forte impulso para tais proibições foi proveniente da Igreja Católica: a proibição absoluta do aborto foi imposta pelo Papa Pio IX que, em 1869, baseado na teoria da personificação imediata do feto, passou a condenar todo abortamento, em qualquer estágio da gravidez, determinando a pena de excomunhão (vigente até hoje) a quem o praticar. É certamente devido à influência dos setores mais conservadores da Igreja Católica na vida social e política que, em todos os países da América do Sul (com exceção da Guiana), o aborto é considerado crime pela legislação, salvo em raros casos específicos. (TALIB, 2005).

O abortamento é crime tipificado pelo Código Penal brasileiro, com exceção das situações previstas pelos incisos I e II do artigo 128, que estabelecem o direito de interrupção de gravidez decorrente de estupro (abortamento sentimental), ou quando há risco de morte para a gestante (abortamento necessário). (OLIVEIRA, 1987; SBRH, 2012). Mais recentemente, como resultante da evolução da propedêutica fetal, o Poder Judiciário passou a conceder autorização para o abortamento de gestações que cursam com anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extrauterina. (FRIGÉRIO, 2002).

Apesar de o Código Penal estabelecer as situações em que o aborto não é

considerado ato ilícito desde a década de 1940, este direito das mulheres permaneceu ignorado pelos serviços de saúde ao longo dos anos, por não ter políticas claramente definidas. Por essa razão, negar à mulher a realização do aborto previsto em Lei tornou-se uma prática comum para evitar a discussão sobre esse tema extremamente complexo. (DREZETT, 2005).

Passado quase cinco décadas desse permissivo legal, somente no final dos anos 1980 os primeiros serviços públicos de saúde passaram a oferecer essa modalidade de atendimento. (TALIB, 2005). No Brasil, embora a interrupção da gestação resultante de violência sexual constitua um direito previsto em Lei, parte expressiva das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que efetuem o abortamento de maneira segura e humanizada. Consequentemente, o aborto passou a ser mais amplamente discutido no Brasil há apenas 30 anos, e em discussões mais voltadas para os casos de atendimentos de gestações decorrentes de violência sexual.

A condição de ilegalidade, associada à de grave transgressão religiosa, não restringe a prática do aborto, justamente porque estas restrições não alteram as condições básicas que antecedem uma gravidez indesejada e levam ao aborto. As discussões acerca dessa temática são pautadas por valores morais, religiosos, profissionais, políticos e posições de movimentos sociais.

Durante muito tempo, a realização clandestina do aborto tornou esse fenômeno social invisível, dificultando a elaboração de estatísticas confiáveis sobre a ocorrência de casos, de complicações decorrentes do abortamento e das mortes evitáveis de mulheres. Ao mesmo tempo, expõe uma forte contradição, decorrente das desigualdades sociais, que separam os segmentos entre, de um lado, quem pode pagar e receber atendimento de saúde apropriado e, de outro, a grande maioria da população, que realiza o procedimento em condições degradantes e inseguras. Outra contradição se expressa na própria ineficácia da proibição: apesar da severidade das leis religiosas e civis, que estendem as penas de excomunhão e de prisão para a mulher e para o médico envolvido na interrupção da gravidez, essas penas raramente são aplicadas. Por sua vez, são justamente os grupos religiosos e políticos contrários à legalização do aborto que condenam alternativas, como o uso de métodos anticoncepcionais e da contracepção de emergência, que podem contribuir para a redução do número de mulheres que precisam recorrer ao aborto. Na verdade, esses

opositores desconhecem ou pretendem desconhecer que a incidência de tais casos, nos países onde o abortamento é amplamente permitido e facilmente acessível, é muito menor do que naqueles em que é proibido. (TALIB, 2005).

O aborto no Brasil não é reconhecido como um direito reprodutivo da mulher. Se nos casos previstos em Lei, os debates e o acesso ao atendimento à mulher ainda são difíceis, essa situação torna-se ainda mais polêmica nos casos de abortamento provocado, também conhecido como abortamento inseguro, uma vez que esse tipo de aborto não é praticado dentro dos estabelecimentos de saúde, de forma segura e com equipe assistencial de saúde qualificada. A forma e segurança do procedimento de interrupção da gravidez estão fortemente articuladas ao tipo de legislação de cada país. Nos países com leis proibitivas, a busca por serviços clandestinos conduz milhares de mulheres ao abortamento inseguro, efetuado em condições precárias, como meio de solução da questão. O mesmo ocorre em países, cujas legislações permitem o abortamento sentimental e/ou necessário, mas, para que se concretize, não disponibilizam serviços seguros e acessíveis para as mulheres. (HOLMES, 1996).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o abortamento inseguro ou provocado representa um importante problema de saúde pública em todo mundo, particularmente mais grave nos países em desenvolvimento. Constitui-se também como questão de justiça social de grande amplitude e complexa cadeia, envolvendo fatores legais, econômicos, sociais e psicológicos. (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999).

Na perspectiva do direito, tanto a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, como a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher, de Beijing, em 1995, reconhecem e afirmam os direitos humanos das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. A Conferência do Cairo declara que todos os casais possuem direitos sexuais e reprodutivos fundamentais. Esses direitos incluem a decisão livre e responsável pelo número, espaçamento e momento de ter filhos, assim como o direito de receber informação e os meios necessários para que alcancem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva (UNITED NATIONS, 1994), reconhecendo, portanto, o aborto como um direito da mulher. Em Beijing, os governos dos países participantes reconheceram o direito das mulheres de decidir livremente sobre a regulação de sua fertilidade e sexualidade, livres da coerção, da discriminação e da violência sexual. Acrescenta que o relacionamento

entre homens e mulheres deve ser fundamentado nos princípios da equidade, do respeito mútuo, do consentimento, e da responsabilidade compartilhada no comportamento sexual e suas consequências. (UNITED NATIONS, 1995).

O Brasil, como país participante, é signatário dos documentos dessas Conferências, assim como de outros Tratados Internacionais de Direitos Humanos, assumindo o compromisso com as questões relativas ao abortamento. Entretanto, essas referências estão incorporadas pela legislação brasileira com princípios éticos e jurídicos que contemplam a prevenção da gravidez indesejada e o abortamento seguro somente nos casos previstos em lei. (ADVOCACI, 2003).

GESTAÇÕES INDESEJADAS E ABORTO: MAGNITUDE DO PROBLEMA

Aspectos culturais, religiosos, legais e morais inibem as mulheres a declararem seus abortamentos, dificultando o cálculo da sua magnitude. Independente dessa dificuldade sabe-se que o abortamento é praticado com o uso de meios diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados em condições inseguras, em geral acarretando consequências danosas à saúde, podendo, inclusive, levar à morte. Dentre os métodos usuais em abortamentos inseguros estão a inserção de preparos a base de ervas na vagina, chás, saltos de escadas ou telhados, o uso de paus, ossos de frango, dentre outros objetos de risco. (BRASIL 2011).

Os casos de abortamento constituem a terceira causa de morte materna no Brasil e o abortamento provocado frequentemente leva a complicações de saúde que exigem atendimento emergencial com consequente internação hospitalar. As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública no país, sendo que para evitar a morte de muitas mulheres, é fundamental o pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas. (BRASIL, 2000).

Estima-se que 98% dos óbitos maternos seriam evitáveis, caso fossem asseguradas condições dignas de vida e saúde à população. (BRASIL, 2000). Entre as condições de saúde, destaca-se o planejamento familiar para a prevenção da gravidez indesejada, pois o fato de muitas gestações ocorrerem sem planejamento familiar e a falta de condições estruturais para manter uma gestação, levam muitas mulheres a recorrerem ao aborto ilegal, e, portanto, inseguro.

Mundialmente, ocorrem cerca de 210 milhões de gestações a cada ano. Deste total, 75 milhões são não previstas ou indesejadas, conduzindo a quase 46 milhões de abortamentos induzidos anualmente. (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999). Dentre estas interrupções de gestação, 20 milhões são praticadas em condições inseguras, implicando graves riscos para a vida e a saúde da mulher.

Cerca de 95% dos abortamentos inseguros são realizados em países em desenvolvimento com restrições legais ao abortamento. Quase 13% das mortes maternas no mundo estão relacionadas ao abortamento inseguro, resultando em 67 mil mortes de mulheres a cada ano. (WHO, 1998).

Na América Latina, calcula-se que 36% das gestações não são planejadas, resultando em quatro milhões de abortamentos induzidos. Em países do Caribe e da América Latina, ocorre um abortamento inseguro para cada três nascimentos vivos, implicando em 24% da mortalidade materna. (WHO, 2003).

Em locais onde o aborto já é descriminalizado, visualiza-se outro cenário para a saúde. De acordo com dados recentes do Instituto Guttmacher de Washington, o número de abortos induzidos no mundo caiu de 45,6, em 1995, para 41,6 milhões, em 2003. A queda nos índices foi mais drástica em países desenvolvidos, caindo de 10 milhões, em 1995, para 6,6 milhões em 2003. Na Europa, o número caiu de 7,7 milhões para 4,3 milhões. A queda mais acentuada se deu no leste europeu, onde o aborto já é seguro e descriminalizado, na maioria dos países. Houve decréscimo de 90 para 44 na proporção de abortamentos a cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos. (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2008).

Por outro lado, considerando o mesmo intervalo de 1995 a 2003, para os países em desenvolvimento, não houve queda expressiva, sendo de 35,5 milhões em 1995 para 35 milhões em 2003. Excluindo desta contagem a China, percebe-se, em números absolutos, um aumento de 24.9 milhões para 26.4 milhões. Na América Latina, houve queda, também inexpressiva, de 4,2 milhões em 1995 para 4,1 milhões em 2003. (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2008).

No Brasil, estima-se que apenas 54% dos nascimentos anuais foram planejados para aquele momento. Entre os 46% restantes, 28% eram desejados para mais tarde e 18% não foram desejados. (BRASIL, 2009). As estimativas mais recentes indicam 728.100 a 1.039.000 abortamentos anualmente. Embora se verifique decréscimo destes

números na última década, a taxa atual de 3,7 abortamentos por 100 mulheres em idade reprodutiva ainda é, muitas vezes, superior aos valores observados nos países da Europa Ocidental, onde o abortamento é legal, seguro e acessível. Em algumas capitais brasileiras, o abortamento permanece como primeira causa de morte materna, há mais de uma década. A morbidade vinculada ao abortamento também se reflete nos números de internações hospitalares. A curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2011). No país são realizadas cerca de 240 mil internações anuais no Sistema Único de Saúde, para tratamento de complicações decorrentes de abortamento, gerando gastos anuais da ordem de 45 milhões de reais. (BRASIL, 2005b).

Em 2000, foram registradas 247.884 internações por aborto em hospitais pagos pelo SUS, dos quais 67 com desfecho de óbito. Tais abortos relacionam-se a 5% das mortes maternas, que tem coeficientes muito elevados no país, de 34,79mulheres por 100.000 nativos. (FIGUEIREDO,2008).

A ilegalidade do aborto dificulta a existência de dados confiáveis sobre essa prática. Uma pesquisa recente de abrangência nacional sobre a magnitude do aborto no Brasil (DINIZ, 2010) realizada com mulheres entre 18 e 39 anos, revela que 15% delas declaram já ter realizado ao menos um aborto. O aborto é mais frequente entre as mulheres de escolaridade muito baixa e, em cerca de metade dos casos é realizado por meio do uso de algum medicamento. Também, em cerca de metade dos casos, a prática do aborto resultou em internação hospitalar, denunciando as precárias condições em que é realizado.

Assim, os abortos realizados em situações de risco têm suas consequências agravadas pelo desconhecimento, por parte das mulheres, dos sinais de complicações mais severas e pelo retardo, em função da própria ilegalidade da prática, na busca de um serviço de saúde. Além dos riscos à saúde, essa é uma situação que expõe as mulheres a práticas de discriminação e violência institucional.

Em relação ao aborto medicamentoso, a droga misoprostol, conhecida sob a designação comercial de Cytotec®, que foi aprovado no Brasil em 1985, é hoje vista como droga abortiva ilegal e perigosa, embora seja aprovado para uso indução do parto, procedimento para retirada de feto morto e para a realização de aborto nos

casos permitidos por lei. (FLASOG, 2005). Sua difusão ocorreu nos anos 1990, com importante impacto sobre a prática do aborto, sobretudo, aumentando as condições de segurança desse procedimento e diminuindo o tempo de internação hospitalar pós-aborto e fazendo diminuir a morbimortalidade feminina por aborto. (BRASIL, 2009). Entretanto, a ilegalidade da comercialização do medicamento, a falta de orientação de qualidade sobre o seu uso, bem como o seu alto custo, são elementos que se impõem às mulheres que desejam realizar a interrupção da gravidez, e que favorecem o mercado clandestino e lucrativo de venda da medicação, em que o medicamento é contrabandeado de outros países onde a venda é de livre comércio. (FLASOG, 2005).

A necessidade de uma atenção adequada às mulheres que realizam abortamento inseguro é explícita, dada a dificuldade delas em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliado ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que esses aspectos, se faz necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de um suposto sentimento de culpa por terem provocado o aborto. (BRASIL, 2011).

ATENDIMENTO EMERGENCIAL EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. (BRASIL, 2011).

A qualidade na atenção ao abortamento e pós-aborto deve ser compreendida como um conjunto de ações oferecido à mulher durante e após a interrupção de uma gestação, quer espontânea ou induzida, estendendo-se até o 42º dia após o término da gravidez. A qualidade da atenção implica num esforço integrado e sinérgico de todos os níveis gestores para a oferta de serviços que garantam: acolhimento, informação,

aconselhamento, competência profissional, tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL, 2001).

No atendimento à mulher que sofreu abortamento, as interações devem ser caracterizadas por (AADS, 2012):

- Respeito e apoio emocional às mulheres e sua situação pessoal, ao mesmo tempo em que suas necessidades médicas são satisfeitas;
- Atitudes não condenatórias;
- Uma atmosfera de confiança entre os profissionais de saúde e as mulheres;
- Respeito a necessidade das mulheres de manter a confidencialidade;
- Respeito ao direito das mulheres tomarem decisões e fazerem escolhas conscientes sobre a sua própria saúde e fertilidade;
- Ausência de atitudes tendenciosas ou de coerção por parte do profissional de saúde ou coerção ao conduzir o tratamento;
- Uma oportunidade para as mulheres expressarem seus pontos de vista, preocupações e dúvidas;
- Atenção às preocupações manifestadas pelas mulheres.

Ao considerar o atendimento de mulheres que realizaram abortamento inseguro, é importante lembrar que as complicações emergenciais são frequentes, e geralmente são decorrentes do processo de abortamento infectado.

O diagnóstico de aborto séptico deve ser considerado quando uma mulher em idade reprodutiva apresenta atraso menstrual, sangramento vaginal, acompanhado de dor abdominal e febre. A presença de sinais e sintomas depende da gravidade do caso, sendo os sintomas mais comuns, a presença de sudorese e calafrios, ocorrência de taquicardia, taquipnéia, hipotensão arterial e cianose. (BRASIL, 2000).

O diagnóstico diferencial inclui descartar outras condições como: aborto evitável, ameaça de aborto, corioamnionite com membranas íntegras, infecção urinária, febre por uso de misoprostol, apendicite, e outras patologias febris e/ou hemorrágicas. (BRASIL, 2001).

Nos abortos provocados com uso de instrumentos rígidos, há possibilidade de perfuração uterina ou de fundo de saco. Além disso, o uso de algumas substâncias químicas pode levar a um quadro de necrose miometrial. A presença de infecção por *Clostridium perfringens* pode levar a anemia hemolítica fulminante e insuficiência renal aguda, com a descrição de uma tríade sintomática clássica: hemoglobinúria, anemia e cianose perioral. (BRASIL, 2011).

A avaliação laboratorial e solicitação de exames nos casos de abortamento incluem pedidos de: hemograma com contagem de plaquetas, tipagem sanguínea, exame de urina, ureia e creatinina, coagulograma, hemocultura, bilirrubina, cultura de secreção endocervical e de material endometrial, ultrassom, raio-x de abdômen, raio-x de tórax e tomografia computadorizada de abdômen. (BRASIL, 2000).

A conduta proposta deve ser individualizada, dependendo da gravidade do quadro, semana de gravidez e se o aborto é retido ou não. A identificação do objeto causador também é importante, para avaliar o comprometimento de outros órgãos, como no caso de objetos perfurantes, que podem comprometer outros órgãos da cavidade. São sinais e sintomas que requerem atendimento de emergência: cólicas por tempo prolongado; sangramento prolongado (mais de duas semanas); sangramento mais abundante do que uma menstruação normal; dor intensa ou prolongada; febre, calafrios ou mal-estar geral e desmaios. (BRASIL, 2011).

Basicamente, o atendimento em urgência e emergência consiste em:

- Punção de veia de grosso calibre, com agulha calibrosa, para colher sangue e garantir infusão intravenosa rápida em caso de agravamento;
- Hidratação para manter pressão arterial em nível desejado e volume urinário acima de 30 ml por hora;
- Passagem de sonda vesical para controle de débito urinário;
- Início de antibioticoterapia de largo espectro;
- Administração de drogas que aumentem o tônus e a contratilidade uterina, tanto para provocar a eliminação de restos ovulares quanto para permitir um esvaziamento cirúrgico mais seguro.

CONDUTAS ESPECÍFICAS CONFORME O TIPO DE ABORTAMENTO

Os abortamentos podem ser classificados em: ameaça de abortamento, abortamento completo, abortamento inevitável / incompleto, abortamento retido, abortamento infectado, abortamento habitual e abortamento eletivo previsto em lei.

Ameaça de abortamento.

São casos em que não há abortamento, somente uma ameaça caracterizada por sangramento genital de pequena intensidade, podendo se acompanhada de dor, geralmente de pouca intensidade. O exame de ultrassom mostra-se dentro dos padrões de normalidade, com feto vivo, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular.

Não há necessidade de atendimento emergencial ou internação hospitalar, devendo apenas a mulher ficar em repouso até a cessação da perda sanguínea e manter acompanhamento pré-natal. (BRASIL, 2011).

Abortamento completo

Geralmente ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassom encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, pode ser necessário o uso de uterotônicos, ou pode ser realizada uma Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) com cânula bem fina. É importante ressaltar que a curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração não estiver disponível. (BRASIL, 2011).

Abortamento inevitável/incompleto

O sangramento é maior do que na ameaça de abortamento, e diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, geralmente com dores de maior intensidade que na ameaça, e o orifício cervical interno encontra-se aberto.

Em gestações com menos de 12 semanas, indica-se a aspiração manual ou elétrica intrauterina por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, principalmente se o feto ainda estiver dentro do útero, emprega-se o misoprostol na dose de 200mcg de 12/12 horas, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com 3 a 5 dias de intervalo. Após a expulsão, persistindo o sangramento, se o tamanho uterino for menor ou igual a gestação de 12 semanas pode-se realizar a complementação por aspiração uterina. Se o volume uterino for maior de 12 semanas utiliza-se a curetagem uterina.

Em situações onde o esvaziamento é emergencial (hemorragias graves ou infecções graves), o uso do misoprostol deve ser evitado. (BRASIL, 2011).

Abortamento retido

O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião. (ovo anembrionado).

Trata-se com misoprostol quando o útero corresponder à gestação maior que 12 semanas e por meio de AMIU com útero correspondente a menos de 12 semanas.

Abortamento infectado

Como apresentado na seção anterior, são frequentemente os casos após abortamento que foi provocado. Com muita frequência está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por AMIU, por apresentar menores taxas de

complicações, reduzida necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode significar perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da AMIU pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina. Nos casos mais graves, acompanhados de peritonite e que demoram a dar uma resposta satisfatória, deve-se proceder a laparotomia exploradora e, se necessário, realizar retirada de órgãos pélvicos. A persistência de febre após os cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou tromboflebite. Nesse caso indica-se a utilização da heparina. (BRASIL, 2011).

Abortamento habitual

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22^a. semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. (BRASIL, 2011). Não há conduta específica, mas a ocorrência de abortamento habitual exige investigação médica posterior para descoberta da causa.

Abortamento eletivo previsto em lei

O abortamento previsto em Lei foi citado no início do artigo. A interrupção de gravidez é permitida quando decorrente de estupro (abortamento sentimental), ou quando há risco de morte para a gestante (abortamento necessário). (OLIVEIRA, 1987; SBRH, 2012).

Durante o primeiro trimestre da gravidez consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intrauterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição, podendo ser complementado, após a expulsão fetal, com curetagem ou aspiração uterina, segundo as condições clínicas da mulher. A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou micro cesariana deve ser reservada para condições excepcionais. (BRASIL, 2011).

A CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA NO CENÁRIO APRESENTADO

Apesar da disponibilidade de métodos anticoncepcionais, a incidência de gestações indesejadas ainda é muito elevada em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento, como já citado anteriormente. Estima-se que, mesmo que todas as mulheres utilizassem métodos anticoncepcionais de forma correta e regular, ainda assim, ocorreriam cerca de 6 milhões de gestações inesperadas por falha de métodos. (FAÚNDES, 2003). Soma-se a este problema, o fato de muitas mulheres não terem acesso aos métodos anticoncepcionais e ainda, entre aquelas que têm acesso, o desconhecimento do uso correto.

Nesse contexto, a contracepção de emergência apresenta uma grande potencial para prevenir muitas gestações indesejadas, evitando sofrimento e reduzindo a necessidade de recorrer ao abortamento inseguro. É neste sentido, que nos últimos anos, pesquisadores têm sugerido que disponibilizar a contracepção de emergência, facilitando seu acesso em serviços de saúde, poderia diminuir o número de gestações indesejadas. Consequentemente reduzir-se-ia o número de abortos realizados na ilegalidade, tornando desnecessária essa prática que implica em riscos para a saúde e elevado número de atendimentos emergenciais por complicações de saúde. (HATCHER, 1995; FORMIGA-FILHO, 1998; WHO, 1998).

Em um cenário mais amplo, a contracepção de emergência representa mais um direito sexual e reprodutivo, pois oferece opção de prevenção à gravidez não planejada, sendo um método amplamente estudado e aprovado com respeito à eficácia e segurança, e que representa uma importante estratégia de prevenção ao aborto.

A contracepção de emergência é o único método legal disponível que pode ser utilizado após a relação sexual para evitar a gestação indesejada, prevenindo também falhas contraceptivas. O método funciona interrompendo o ciclo reprodutivo da mulher, ou seja, alterando os fenômenos biológicos que culminam com a concepção. (FIGUEIREDO, 2008). A contracepção de emergência atua principalmente inibindo ou retardando a ovulação e prejudicando a mobilidade dos espermatozoides no útero, por isso seu efeito é anterior à fecundação. (BRASIL, 2005a).

Há duas formas de oferecer a AE. A primeira, conhecida como regime ou método de Yuzpe, utiliza Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados (AHOC) de uso rotineiro

em planejamento familiar e conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético, administrados até cinco dias após a relação sexual desprotegida. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, é a que contém etinilestradiol e levonorgestrel. Para finalidade de AE, é necessária a dose total de 200 µg de etinil-estradiol e 1 mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, cada 12 horas, ou administradas em dose única. Existem no mercado AHOC com 50 µg de etinil-estradiol e 250 µg de levonorgestrel por comprimido. Neste caso, utiliza-se 2 comprimidos a cada 12 horas, ou 4 comprimidos em dose única (exemplos comerciais são Evanor® ou Neovlar®). Há também os AHOC com 30 µg de etinil-estradiol e 150 µg de levonorgestrel que requerem o uso de 4 comprimidos a cada 12 horas, ou 8 comprimidos em dose única (exemplos comerciais são Microvlar® ou Nordette®). A segunda forma de realizar a AE é com o uso de progestágeno isolado, o Levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg, dividida em 2 comprimidos iguais de 0,75 mg, cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75 mg juntos, em dose única (exemplos comerciais são Postinor-2®, Norlevo®, Pilem®, Pozato®, Nogravid®, ou Poslov®). Da mesma forma que o método de Yuzpe, o levonorgestrel pode ser utilizado até cinco dias da relação sexual desprotegida. É importante ressaltar que a administração da AE classicamente é descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas. Contudo, os recentes estudos da Organização Mundial da Saúde oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75 mg separadas em intervalo de 12 horas. Também evidenciam efeitos protetores até 5 dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falha maiores. (DREZETT, 2008).

Embora haja registros de tentativas de ampliação ao acesso à contracepção de emergência em anos anteriores (BRASIL, 1996), foi somente no ano 2000 que alguns serviços de saúde pública passaram a oferecer o método em casos de estupro. (FIGUEIREDO, 2008). A estratégia de distribuição para serviços em geral vem seguindo as metas de Planejamento Familiar redefinidas em 2002 pela Coordenação Nacional de Saúde da Mulher, com objetivo de reduzir a diminuição de esterilização cirúrgica feminina (considerada abusiva no país), e bastante utilizada pelas mulheres soropositivas para o HIV (BARBOSA, 2003), bem como os índices de aborto provocados. (BRASIL, 2005c).

Em 2003, o Ministério da Saúde ampliou o acesso a contracepção de emergência enviando 120.000 doses para aproximadamente 2000 cidades (FOLHA DE SÃO PAULO, 2004) e em 2005 a distribuição foi de 352.000 doses já integrando o conjunto básico de métodos contraceptivos enviados a todos os 5.223 municípios com Programas de Saúde da Mulher e/ou Saúde da Família. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2005). Além disso, em 2005, o Ministério da Saúde lançou um manual específico sobre a contracepção de emergência, esclarecendo dúvidas e atualizando profissionais e serviços de saúde. (BRASIL, 2005a).

Em 2006, o Ministério da Saúde enviou 292.490 doses do método. Apesar da distribuição do produto e de materiais e orientação técnica, nenhum acompanhamento foi realizado até o momento na execução da política em âmbito municipal, e as secretarias estaduais de saúde não receberam orientações claras de acompanhamento e avaliação da política, o que tem gerado críticas ao sistema pela falta de orientações. (FIGUEIREDO, 2008).

A necessidade de que as mulheres conheçam e tenham acesso à contracepção de emergência se justifica para evitar casos de gravidez não desejada e abortos. Para tanto, além de estar disponível na rede pública de saúde, a contracepção de emergência deve ser divulgada com a utilização de materiais, como folhetos e cartazes desenvolvidos com linguagem popular e terminologia simples, especialmente para pessoas com pouca escolaridade.

Apesar de ter sido documentado um extensivo esforço do Ministério da Saúde para a distribuição da contracepção de emergência pelo sistema público de saúde, visando reduzir a esterilização tubária e as práticas de aborto provocado, não existem ainda estudos epidemiológicos que documentem o uso e o acesso a contracepção de emergência no Brasil.

CONCLUSÃO

O aborto é um direito da mulher, que se fosse respeitado como direito e descriminalizado, teria grande impacto sobre a saúde pública, já que sua prática realizada de forma insegura está diretamente relacionada à mortalidade materna, pelos elevados índices de complicações emergências que ocorrem após o procedimento.

Enfrentar com seriedade esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas.

A criminalização do aborto não elimina sua prática, mas produz consequências negativas à saúde das mulheres, particularmente àquelas com menor poder aquisitivo e que não têm acesso a procedimentos de aborto seguro. Indiretamente, a ilegalidade dessa não só produz consequências negativas para a saúde, como também pode de alguma forma, contribuir para a manutenção do comércio ilegal de medicamentos utilizados como abortivos e também para a manutenção de clínicas clandestinas.

A real magnitude do aborto é desconhecida, pois a ilegalidade dificulta o registro. Nesse contexto, a prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas consequências são prioridades para os profissionais de saúde.

O atendimento emergencial nos casos de abortamento baseia-se basicamente na seguinte conduta: punção de veia de grosso calibre, com agulha calibrosa, hidratação, controle de débito urinário, início de antibioticoterapia e esvaziamento uterino (cuja conduta depende da idade gestacional). O atendimento adequado à mulher inclui a escuta sem julgamento e a identificação de como foi provocado o aborto. Particularmente a identificação do objeto causador do aborto (ou tentativa de aborto) é importante para a avaliação do comprometimento de outros órgãos e da situação emergencial que se apresenta.

Em relação à contracepção de emergência, as evidências apontam que o método pode contribuir com a diminuição da ocorrência de gestações indesejadas e conseqüentemente reduzir taxas de abortamento inseguro. Entretanto, no Brasil, a distribuição da contracepção de emergência pelo sistema público de saúde ainda é algo recente, e não há até o momento, uma política clara ou protocolo para monitoramento de distribuição e dos prováveis efeitos dessa distribuição sobre as taxas de abortamento e complicações decorrentes destas.

É importante ressaltar, que pesquisas precisam ser conduzidas, para avaliar tanto o conhecimento das mulheres sobre o uso do método, quanto as questões de acessibilidade ao método - que parece ainda ser restrita. Assim, poderão ser elaboradas políticas mais efetivas, que trabalhem com materiais informativos à população

e orientem os profissionais de saúde sobre o uso da contracepção de emergência como um direito da mulher e que auxiliem na distribuição prioritária nas regiões brasileiras em o abortamento permanece como primeira causa de morte materna no país.

REFERÊNCIAS

AÇÕES AFIRMATIVAS EM DIREITOS E SAÚDE (AADS). Atenção pós- Abortamento. Disponível em: http://www.aads.org.br/wp/?page_id=187. Acesso em: 20 abril 2012.

ADVOCACI. Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos – síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. P. 118.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Facts on Induced Abortion Worldwide. (special report). Acesso em 19 abril 2012. Disponível, em: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide. New York and Washington DC. The Alan Guttmacher Institute. 1999.

BARBOSA, Regina Maria; KNAUTH, Daniela Riva. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.19, n.2, p. 365-376,2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; The Population Council. Relatório da I Oficina Brasileira sobre Contracepção de Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. BRASIL. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005(a).

BRASIL. Ministério da saúde; Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). ABENFO. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada á Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde; FEBRASGO. Urgências e Emergências Maternas: gula para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Uma análise da situação de saúde no Brasil. (Série C. Projetos, Programas) Brasília: Ministério da Saúde, 2005(c).

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna, *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 Supl 1, p. S959-966. 2010.

DREZETT, Jéfferson. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Adesse L. A saúde sexual e reprodutiva no Brasil: diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Metrópole. 2005. p.29-41.

DREZETT, Jéfferson. Anticoncepção de Emergência. Brasília: Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_anticoncepcao_emergencia_2008.pdf. Acesso em: 20 abril 2012.

FAÚNDES, Anibal; BRACHE, Vivian; ALVAREZ, Frank. Emergency contraception - clinical and ethical aspects. *Int J Gynecol Obstet*, v.82, p. 297-395. 2003.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRÍCIA Y GINECOLOGIA (FLASOG). Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia. República Dominicana: FLASOG, 2005.

FIGUEIREDO, Regina; BASTOS, Sílvia. Contracepção de emergência - atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégia de DST/AIDS. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO. Cresce Distribuição da Pílula do Dia Seguinte. São Paulo: Folha de São Paulo, 12/04/2004.

FOLHA DE SÃO PAULO. Preconceito Racial Diminui no Brasil. São Paulo: DATAFOLHA/ Folha de São Paulo, 23/11/08.

FORMIGA-FILHO, José Ferreira Nobre. Anticoncepção de emergência. *FEMINA*, v.25, n.4, p. 301-310. 1997.

FRIGÉRIO, Marcos Valentin; SALZO, Ivan; PIMENTEL, Sílvia; GOLLOP, Thomaz Rafael. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. In: Aborto legal – Implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002. p. 71-98.

HATCHER, Robert; TRUSSELL, James; STEWART, Felicia; HOWELLS, Susie; RUSSELL, Collin; KOWAL, Deborah. Emergency contraception: The nation's best kept secret. Decatur GA: Bridging the Gap Communications, 1995.

HOLMES, Melissa; RESNICK, Heidi; KILPATRICK, Dean; BEST, Connie. Rape- related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am J Obstet Gynecol, v.175, p. 320-324. 1996.

OLIVEIRA, Juarez de. Código Penal. 25ª edição. São Paulo: Saraiva. 1987. p. 486. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA (SBRH). Abortamento Legal. Guideline. Disponível em: http://www.sbrh.org.br/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_abortamento_legal.pdf. Acesso em: 02 jan 2012.

TALIB, Rosangela Aparecida; CITELI, Maria Teresa. Dossiê: Serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

UNITED NATIONS. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. New York: United Nations, 1994.

UNITED NATIONS. Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing. New York: United Nations, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization, 2003.W

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: World Health Organization, 1998.