

# ABORTO: PREVALÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO NOROESTE DO PARANÁ

**Fabiane Cristina Matsubara**

Enfermeira, graduada na Universidade Paranaense - UNIPAR. E-mail: fabi\_matsubara@hotmail.com

**RESUMO:** O presente estudo se propôs a estudar o aborto, levando em consideração o perfil de mulheres que sofreram aborto no período compreendido entre janeiro de 2008 e junho de 2009, além de evidenciar as práticas abortivas realizadas por estas mulheres e as suas consequências. Para a realização do estudo foram coletados dados no sistema informatizado da NOROSPAR e da 12ª Regional de Saúde do Município de Umuarama, Paraná, Brasil, referentes ao número total de curetagens e óbitos pós-aborto registrados e confirmados no NOROSPAR, entre outros dados. Os resultados obtidos demonstraram que no período pesquisado houve a realização de 140 procedimentos de curetagem pós-aborto, com maior prevalência na faixa etária dos 25 aos 30 anos, correspondendo a 25% dos casos estudados, e que houve um único caso de óbito pós-aborto, devido à lesão de órgãos internos e tecidos pélvicos, registrado e confirmado pela NOROSPAR e pela na 12ª regional de saúde de Umuarama. Conclui-se que na região noroeste do Paraná há uma alta incidência de casos de aborto e que, apesar de existir uma lei no país que proíbe a prática do aborto provocado, esta lei não se torna punitiva perante a ausência de notificações das instituições hospitalares, em virtude do fato de que os profissionais da área de saúde, por questões de sigilo profissional, são proibidos de denunciar às autoridades as pacientes que cometeram o crime de aborto provocado, fazendo com que este crime não seja revelado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aborto Provocado; Aborto; Saúde da mulher.

## ABORTION: PREVALENCE IN A CITY OF NORTHWEST PARANA, BRAZIL

**ABSTRACT:** This study aimed at examining abortion, taking into account the profile of women who experienced it between January 2008 and June 2009, in addition to showing unsafe abortions performed by these women and their consequences. For the study, data referring to the total curettages and post-abortion deaths reported and confirmed in NOROSPAR among other data were collected from the computerized system of NOROSPAR and the 12th Regional Health Clinic of Umuarama, Paraná, Brazil. The results showed that during the study period 140 post-abortion curettage procedures were carried out, with greater prevalence in the age group 25 to 30, accounting for 25% of the cases studied, and there was only one case of post-abortion due to injury to internal organs and pelvic tissues, registered and confirmed by NOROSPAR and by the 12th Regional Health Clinic of Umuarama. The conclusion is that there is a high incidence of abortion in the northwest of Paraná, and despite the existence of a national law that prohibits the practice of abortion, it does not become punitive due to the absence of reports by hospitals, since the health professionals are prohibited by professional secrecy from reporting the patients who committed the crime of abortion to the authorities, not disclosing this crime.

**KEYWORDS:** Induced Abortion; Abortion; Women's Health.

## INTRODUÇÃO

É notório que a sexualidade no ser humano se manifesta de forma precoce, haja vista que é comum as crianças terem “namorados” ainda quando bem pequenas. Mesmo que por influência dos pais ou das mídias, estas já aprendem a beijar na boca e a desenvolver sua sexualidade no período da infância. O reflexo dessa manifestação precoce da sexualidade, muitas vezes decorrente da curiosidade, mas também da ausência de informações ou da obtenção de informações errôneas, leva muitas mulheres no período da adolescência e da idade adulta a engravidarem sem terem um planejamento familiar. Nestes casos, estas mulheres se deparam com uma nova realidade, a da maternidade, e com isso surge na mente de muitas dessas mulheres a ideia do aborto como única forma da resolução do seu problema “gravidez” (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000; SOUZA et al., 2001).

O aborto, por sua vez, é definido como a interrupção desejada ou perda da gestação em qualquer fase do desenvolvimento embrionário, momento em que o conceito é totalmente dependente do organismo materno para manter-se vivo. Logo, o aborto ocorre quando a gestação é interrompida de forma natural (espontâneo) ou de forma desejada (aborto provocado ou induzido por mecanismos físicos e/ou químicos para evitar o desenvolvimento do feto) antes da ocorrência do parto (ZIEGEL; CRANLEY, 1986; CERQUETANI, 2007).

Estimativas mundiais têm apontado a ocorrência anual de 44 milhões de abortos provocados em países nos quais o aborto é legalizado. Já nos países em que o aborto não é legalizado, como é o caso do Brasil, estima-se que ocorram 15 milhões de abortos provocados por ano (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2005, no Brasil, ocorreram 1.054.242 abortos induzidos, registrados no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), o que não demonstra dados reais, devido à grande utilização de locais clandestinos para estes fins (BRASIL, 2008).

No Paraná, entre os anos de 1998 e 2004 foi registrado um total de 813 óbitos maternos, dos quais 51 foram ocasionados por complicações decorrentes de abortos provocados. Entre estes, 6,27 % correspondem a óbitos de mulheres na faixa etária dos 15 aos 39 anos (MATOS et al., 2007).

De uma forma geral, o aborto provocado é consequência da não utilização de métodos contraceptivos, ou do uso de métodos contraceptivos de forma inadequada associado à falta de informações e à não existência de um planejamento familiar (BOEMER; MARIUTTI, 2003).

Dentre os principais motivos que levam as mulheres a praticar o crime de aborto, temos: falta de condições financeiras, ausência de apoio do pai do conceito, possuir

mais filhos, pavor do desemprego, ter que parar de estudar, medo da reação da família ao saber e o fato da gravidez ser indesejada (FUSCO; ANDREONI; SOUZA-SILVA, 2006; NADER; BLANDINO; MACIEL, 2007).

Hoje o acesso a métodos abortivos é fácil e rápido. A exemplo disso temos remédios abortivos obtidos sem prescrição médica. O misoprostol (Citotec) é um remédio utilizado no Brasil para tratamento de úlcera péptica, porém, por sua facilidade de venda, é adquirido sem prescrição médica e utilizado como um poderoso abortivo, principalmente por mulheres que praticam o aborto em casa (50,4%). Tal medicamento induz a dilatação do colo uterino, podendo causar a expulsão do feto espontaneamente. Por outro lado, o misoprostol pode acarretar em uma má formação fetal e ruptura uterina, podendo levar a gestante a óbito (VIGGIANO et al., 1996; BRASIL, 2008).

No auge do uso do misoprostol, 50% das gestantes que utilizaram este medicamento como um método abortivo apresentaram complicações infecciosas e hemorrágicas, devido à demora em procurar por socorro em unidades do sistema de saúde hospitalar (BRASIL, 2008).

Nesta época, muitas mulheres que fizeram uso do misoprostol por via oral para provocarem um aborto não necessitaram de internação hospitalar, porém, as que necessitaram de internamento relatam aos profissionais médicos que haviam sofrido um aborto espontâneo. Então o profissional, com receio de implicabilidade de sigilo profissional, registrava no prontuário dessas pacientes o aborto como sendo espontâneo, mesmo ele sabendo que este havia sido provocado (CARVALHO et al., 2008).

Nas décadas de 1970 e 1980 foram realizadas centenas de histerectomias em mulheres no Brasil, com o intuito de diminuir o uso de objetos pontiagudos (como sonda, agulha de tricô e talo de mamona) que eram introduzidos pela vagina até atingirem o útero para causar o abortamento. A utilização destes objetos pontiagudos para a promoção do aborto pode causar perfurações e infecções nos órgãos da cavidade pélvica e levar à morte a mulher que realizou o aborto. A utilização destes instrumentos entre outros sem a correta higienização, seguido do uso de substâncias químicas, normalmente leva a gestante a óbito, assim como as curetagens não esterilizadas corretamente podem causar hemorragia, infecções generalizadas e morte da mulher que sofreu abortamento (BRASIL, 2008). Além disso, o sofrimento de espancamentos, agressões físicas do tipo socos e quedas, também são fatores decisivos para o aborto provocado (FUSCO; ANDREONI; SOUZA-SILVA, 2006).

No que se refere às complicações do aborto, autores como Hardy e Alves (1992) afirmam que as mulheres com maiores condições financeiras pagam um médico em uma clínica ou em um hospital para que este realize o seu aborto. Tal fato faz com que essas mulheres apresentem menores chances de terem complicações pós-abortamento do que aquelas mulheres com condições socioeconômicas mais baixas, ou seja, do que aquelas que procuram por locais clandestinos e sem condições de higiene para realizarem o aborto. Assim, estas mulheres acabam sofrendo mais com as consequências do aborto (infecções, complicações decor-

rentes das manobras utilizadas, lesões de órgãos internos, hemorragias, até o óbito). Estas consequências do aborto têm feito com que o aborto provocado seja considerado a terceira maior causa de morte materna no Brasil ao longo dos anos (BRASIL, 2001).

Apesar do aborto no Brasil ser considerado um ato criminoso, sua incidência no país é bastante alta, oscilando em torno de 12,5% do total de casos de óbito materno no país, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Para Viggiano e colaboradores (1996):

[...] muitas das mulheres que não morrem têm complicações graves, como hemorragias, sepsis, peritonite, choque. Estas complicações muitas vezes acarretam perda de trompas, ovários e úteros. A mais longo prazo, as infecções pós-aborto levam a maior risco de esterilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

De acordo com Costa e colaboradores (1995), outras complicações do aborto, além das físicas citadas anteriormente, são as psicológicas, do tipo sensação de mal e o sentimento de culpa, presentes em metade das mulheres que realizam ou sofrem aborto.

No que se refere especificamente às implicações legais e/ou legislativas, sobre o aborto no Brasil, de acordo com a Legislação Brasileira, Código Penal n. 2.848 de 7.12.1940, Art. 128: - Não se pune o aborto praticado por médico: I - Se este for necessário, ou seja, se não houver outro meio de salvar a vida da gestante; Se aborto no caso de gravidez for resultante de estupro; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Art. 124 - Provocar aborto em si ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos. Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos. Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos (SELISTRE, 2000).

Conforme Selistre (2000), no Código Penal Brasileiro de 1940 não consta o aborto eugênico como prática legal perante o quadro de gestação de anencéfalos (ausência de cérebro) e acrania (ausência de crânio), pois no ano de 1940 não existia tal tecnologia que comprovasse a malformação congênita fetal. Haja vista que estas más formações fetais não possuem viabilidade – ou seja, após o parto, em questão de segundos, minutos, horas ou dias este feto irá a óbito – não há em hipótese alguma considerações de vida para ele. Estas gestações podem acarretar riscos à saúde da mãe, causando um grande sofrimento a ela e a seus entes, tendo como consequência o psicológico totalmente abalado.

Por outro lado, este tipo de aborto, conforme o autor supracitado, além de ser denominado aborto eugênico pode ser nomeado terapêutico, pois a gestação representa alto risco de vida para a mãe. A este ponto, faz-se necessário uma solicitação ao poder judiciário, mediante probabilidade da ciência médica. Sendo assim, o Superior Tribunal da

Justiça pode ou não acatar o pedido.

No caso da atuação dos profissionais de saúde frente os casos de aborto, principalmente no que se refere à atuação do profissional de enfermagem, autores como Gesteira, Barbosa e Aendo (2008) relatam que a atuação da enfermagem frente às mulheres que realizam aborto tem se demonstrado discriminatória, uma vez que muitos destes profissionais acabam julgando estas mulheres pelo ato abortivo e justificam suas atitudes com base em leis e religiosidade, o que não corrobora com a prática da atividade humanística e holística da enfermagem. O profissional de enfermagem, durante a realização da assistência no cuidar da paciente, deve criar um vínculo de confiança, para que estas se sintam mais à vontade para questionar e sanar as suas possíveis dúvidas. Assim, tal profissional consegue, em momentos oportunos, trabalhar a prevenção de uma nova gestação, incentivar o planejamento familiar, ajudar a paciente oferecendo-lhe orientações (BOEMER; MARIUTTI, 2003; FUSCO; ANDREONI; SOUZA-SILVA, 2006).

Desta forma, tais profissionais podem contribuir para a diminuição dos índices de gestações não planejadas, recidiva e mortes por abortos provocados, o que também acarretaria em uma redução dos gastos do SUS com as internações hospitalares (BOEMER; MARIUTTI, 2003; FUSCO; ANDREONI; SOUZA-SILVA, 2006).

Portanto, para se realizar uma assistência de enfermagem de qualidade frente aos casos de aborto, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam atentos para atender aos problemas físicos e emocionais (GESTEIRA; BARBOSA; AENDO, 2006).

Por este motivo, o presente estudo tem por objetivo estudar o aborto, levando-se em consideração o perfil de mulheres que sofreram aborto tanto espontâneo como provocado, evidenciando-se as práticas abortivas e suas consequências.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa descritiva com coleta de dados secundários. Foi realizada após autorização do diretor clínico da Instituição Hospitalar Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná (NOROSPAR), após autorização do responsável pela 12ª Regional de Saúde do Município de Umuarama - PR e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Paranaense (CEPEH - UNIPAR), Protocolo: 1013/2009.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no sistema informatizado da NOROSPAR e no sistema informatizado da 12ª Regional de Saúde do município de Umuarama, Paraná (PR), Brasil. Buscou-se identificar o número total de curetagens realizadas pós-abortamento na NOROSPAR registrados na 12ª Regional de Saúde de Umuarama - PR, faixa etária das mulheres submetidas a este procedimento, além de identificar os principais fatores associados a este acometimento e o número total de óbitos pós-abortamento ocorridos no período compreendido entre

janeiro de 2008 a julho de 2009.

Posteriormente à coleta de dados, os resultados obtidos foram tabulados mediante o uso de uma planilha de *Excel* (*Office* versão 2000), analisados, compilados na forma de tabelas, descritos e discutidos.

### 3 RESULTADO E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos no período compreendido entre janeiro de 2008 a junho de 2009, ocorreram na região Noroeste do Estado do Paraná 140 procedimentos de curetagem pós-abortamento na NOROSPAR, registrados na 12<sup>a</sup> Regional de Saúde do Município de Umuarama – PR.

Na tabela 1, é possível observarmos a faixa etária das mulheres que sofreram abortamento e que foram submetidas ao procedimento cirúrgico de curetagem na NOROSPAR.

**Tabela 1** Número de curetagens realizadas pós-abortamento no período compreendido entre janeiro de 2008 a junho de 2009.

Faixa Etária	Número (n <sup>o</sup> )	Frequência (%)
10 - 15 anos	6	4,2
15 - 20 anos	25	17,86%
20 - 25 anos	28	20,00%
25 - 30 anos	35	25,00%
30 - 35 anos	21	15,00%
35 - 40 anos	14	10,00%
40 - 45 anos	9	06,42%
45 - 50 anos	2	01,42%
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados de pesquisa do próprio autor do estudo.

Conforme podemos observar na tabela 1, a faixa etária com maior número de casos de curetagem pós-abortamento foi a faixa etária dos 25 – 30 anos, correspondendo a 35 (25%) de todos os casos no período estudado (janeiro 2008 a julho de 2008). Além disso, conforme os dados obtidos no sistema informatizado da 12<sup>a</sup> Regional de Saúde, a idade mínima das mulheres que realizaram o procedimento de curetagem pós-abortamento no período de janeiro de 2008 a julho de 2009 foi de 13 anos e a idade máxima, de 49 anos.

A idade mínima de abortamento (13 anos) observada no presente estudo pode ser explicada pelo fato de que no período da adolescência ocorre uma transição da fase da infância para a fase adulta, transição esta que, compreendendo um período exacerbado da maturação sexual, leva muitos adolescentes a iniciarem suas atividades sexuais.

Segundo Cano, Ferriani e Gomes (2000) e Brasil (2005), é nesta fase da adolescência que se tem o marco da identidade sexual e o aumento da taxa de fecundidade, devido a

baixas condições socioeconômica e culturais. Faz-se necessário que, neste período, pais, professores e profissionais da saúde esclareçam dúvidas dos adolescentes sobre as atividades sexuais e suas consequências, bem como incentivem o uso de contraceptivos e o uso de preservativos para que se evite futuramente uma gravidez indesejada e a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (DST).

De acordo com Souza e colaboradores (1999), o principal motivo para a realização do aborto na adolescência é o despreparo da gestante para ser mãe e o fato da gestação muitas vezes não ser planejada.

Segundo Persona, Shimo e Tarallo (2004, p. 1), os fatores mais fortemente associados à ocorrência e recorrência de gravidez na adolescência são:

[...] menarca precoce, primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro, união consensual com o parceiro, um parceiro fixo, baixo uso de *condon*, história familiar de gravidez na adolescência, ausência do pai por morte ou abandono, reação positiva da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente, e ausência à revisão pós-parto anterior.

Conforme Souza e colaboradores (2001) e Vieira e colaboradores (2007), a prática de relações sexuais entre as pessoas está ocorrendo de forma cada vez mais precoce. Hoje o sexo faz parte do namoro e do simples ato de estar juntos (“ficar”), além de estar relacionado com o simples fato da busca pela identidade através da reprodução de comportamentos adultos.

De acordo com estes mesmos autores, é no período da adolescência, momento de transformações corpóreas lentas, que muitas adolescentes, quando surpreendidas por uma gravidez, simplesmente disparam da fase de infância para a fase adulta. É nesta hora que o aborto é considerado por muitas como a resolução para seu problema (SOUZA et al., 2001; VIEIRA et al., 2007).

No ano de 1998, o Ministério da Saúde divulgou que aproximadamente 22,5% dos internamentos no Serviço de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, foram relativos à prática de abortamentos por adolescentes. Tal fato, por sua vez, afirma e evidencia a existência de falhas dos profissionais da saúde em relação ao fornecimento de orientações sobre o uso de contraceptivos e de preservativos para com estas adolescentes, que muitas vezes acabam sendo novamente hospitalizadas pelo mesmo motivo, ou seja, pela realização de um novo aborto (BRASIL, 2001).

De acordo com Monteiro e Adesse (2006), no Brasil, para cada 100 mulheres com idade entre 15 a 49 anos, aproximadamente 2,07 se utilizam da prática do abortamento induzido. Destas, 20% apresentam complicações durante e/ou após o abortamento.

Em estudos como o realizado pelos autores Olinto e Moreira-Filho (2006), onde buscaram descrever o principal motivo que levou mulheres na faixa etária dos 20 aos 29

anos a sofrem um aborto, observaram que o principal motivo que as levou ao aborto foi o fato de estarem separadas ou divorciadas, ou seja, de possuírem uma relação instável. Segundo estes mesmos autores, tal fato representa um risco 2 vezes maior para o desenvolvimento do aborto quando comparado ao número de abortos de mulheres casadas e/ou com relações estáveis.

No que se refere ao número de aborto entre as mulheres com idade superior aos 35 anos, a literatura pesquisada traz que a gravidez em mulheres com idade igual ou superior aos de 35 anos as torna mais expostas às complicações maternas, fetais e obstétricas, incluindo o aumento na taxa de abortamentos e alterações cromossômicas (ANDRADE et al., 2004; CECATTI et al., 1998).

Já entre as mulheres com idade igual ou superior a 40 anos sem qualquer patologia, autores como Andrade e colaboradores (2004) e Cecatti e colaboradores (1998) explicam que estas mulheres possuem maior risco de apresentarem durante a gestação complicações do tipo: hipertensão arterial (HA), sofrimento fetal, parto cesáreo, hemorragias, recém-nascidos com índice de Apgar baixo. Além disso, pesquisas como a realizada por Martins e colaboradores (1991) têm estabelecido uma relação entre as idades de 40 a 49 anos para o desenvolvimento de aborto em virtude do comprometimento da saúde materna, por indicação médica.

Os dados obtidos pelo presente estudo, expostos na tabela 1, referentes ao número de curetagens pós-abortamento, não puderam ser classificados no quesito aborto provocado ou espontâneo. Isto ocorreu devido ao fato de que o aborto provocado não é notificado em âmbito hospitalar, em virtude da omissão das pacientes em relação aos fatos verídicos do aborto, e pelo fato dos profissionais médicos não registrarem o diagnóstico de aborto provocado nos prontuários, pois temem a infração do sigilo médico e as possíveis e futuras implicações legais deste ato (CARVALHO et al., 2008). No capítulo IX do Código de Ética Médica, no que tange o segredo médico, fica proibido ao médico denunciar o crime do aborto provocado tanto para autoridades policiais, quanto para judiciais, cabendo a este profissional médico assistir e orientar o paciente para que não ocorra recidiva. Fica proibido também, ao médico, prescrever e/ou orientar pacientes sobre a compra de medicamentos abortivos, ou indicar local para a realização do procedimento. Em situações que o aborto fora realizado sem o consentimento da paciente, o médico deverá pedir autorização da paciente para poder comunicar o crime às autoridades. Caso ocorra infração no sigilo médico-paciente, o médico poderá sofrer detenção de 3 meses à 1 ano e/ou sofrer multa (CRM-PR, 2009, LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

No que se refere especificamente às complicações ocasionadas pelo aborto, pesquisas como a realizada por Fusco, Andreoni e Souza-Silva (2006) afirmam que em aproximadamente 94,1% dos casos de abortos provocados ocorrem complicações pós-abortamento.

De acordo com Hardy e Alves (1992), as complicações pós-abortamento ocorrem com maior frequência entre as mulheres na faixa etária igual ou inferior aos 20 anos de

idade, entre as que utilizam agulhas ou sondas para abortar e entre as que recorrem aos locais clandestinos para realizarem o aborto, locais estes que são conhecidos pela denominação de “aborteiros”.

Segundo os dados obtidos no sistema informatizado da 12ª Regional de Saúde de Umuarama-PR, no período de janeiro de 2008 a julho de 2009 foi registrado e confirmado pelo Comitê de Mortalidade Materna apenas um único caso de óbito por lesão de órgãos internos e tecidos pélvicos em consequência da realização de um aborto provocado. As características desta mulher e os motivos do óbito são apresentados na tabela 2.

**Tabela 2** Número de casos e características dos óbitos pós-abortamento, notificados na 12ª Regional de Saúde do município de Umuarama, no período compreendido entre janeiro de 2008 a junho 2009.

CARACTERÍSTICAS	
Causa do aborto	Infectado e provocado
Idade	20 anos
Cor	Branca
Estado Civil	Solteira
Escolaridade	Entre 4 a 7 anos
Diagnóstico confirmado	Cirurgia
Total de Casos	1 (100%)

Fonte: Dados de pesquisa do próprio autor do estudo.

Conforme podemos observar na tabela 2, as características do caso corroboram com o que já foi citado ao longo do texto baseado nos relatos dos autores Hardy e Alves (1992), Monteiro e Adesse (2006) e Fusco, Andreoni e Souza-Silva (2006).

De acordo com Viggiano e colaboradores (1996), o aborto induzido pode levar a mutilações, esterilidades, complicações em gestações futuras, roturas uterinas, má formações fetais, hemorragias, infecções, anemias e morte materna, como demonstrado na tabela 2.

Para autores como Hardy e Alves (1992), alguns fatores podem diminuir os riscos de complicações pós-abortamento, tais como: local onde foi realizado o aborto (se foi em uma clínica, em um hospital ou na própria residência da mulher), qualificação do profissional que realizou o procedimento de aborto, método e técnica utilizada. Vale lembrar que aquele que tem maiores condições financeiras terá menores chances de desenvolver uma complicação pós-abortamento.

Conforme pudemos observar, os resultados das complicações pós-abortamento provocado restringem-se principalmente ao fato das mulheres (pacientes) não confirmarem a prática do aborto, nem os métodos utilizados para tal finalidade aos serviços de saúde. Por outro lado, muitas mulheres se recusam a ir imediatamente pedir socorro a uma unidade de saúde quando provocam o aborto, indo em busca de socorro apenas quando já se passaram horas ou dias após o

aborto ter sido realizado (MARTINS et al., 1991).

Além disso, Martins e colaboradores (1991) ressaltam que os índices de complicações pós-abortamento tendem a aumentar de forma significativa quando o período da gestação já é superior a três meses.

Por fim, vale a pena ressaltar neste momento que a penalidade para quem comete o crime de aborto em si próprio ou consente com a realização deste crime está sujeito à penalização de reclusão de um a três anos (BRASIL, 1940).

### 3 CONCLUSÕES

Conclui-se através da realização do presente estudo que no Brasil há uma alta incidência de casos de abortos (espontâneo ou provocado), e que apesar de existir uma lei no país que proíbe a prática do aborto provocado, esta lei não se torna punitiva perante a ausência de notificações. Isto se dá em virtude do fato de que os profissionais da área de saúde, por questões de sigilo profissional, são proibidos de denunciar às autoridades quais pacientes cometeram o crime de aborto (aborto provocado), fazendo então com que este crime não seja revelado.

Desta forma, compete ao profissional de enfermagem agir com sigilo, ética e humanismo, criando um vínculo de confiança com o paciente, ajudando na sua recuperação, orientando e sanando dúvidas, com o objetivo de evitar novas recidivas de aborto neste cliente.

Faz-se importante lembrar que, para diminuir a incidência de abortos no Brasil, é necessária a realização de um trabalho contínuo, enfatizando a prevenção da gravidez indesejada e esclarecendo sobre as consequências do aborto provocado, valendo-se da realização de campanhas, palestras e orientações sexuais.

### AGRADECIMENTOS

A autora agradece à Ana Paula Serra de Araújo e a Juliano Yasuo Oda (Fisioterapeutas), pelos conselhos durante a conclusão deste artigo.

### REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscilla Chamelete et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev. Bras. Ginec. Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 697-702, out. 2004.

BOEMER, Magali Roseira; MARIUTTI, Maria Gondim. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 59-71, jun. 2003.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, 7 de dezembro 1940. Código Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)>. Acesso em: 24 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de ciências, tecnologia, e insumos estratégicos. Departamento de ciências e tecnologia. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde, área de saúde do adolescente e do jovem. **Marco legal: saúde, um direito do adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_legal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CANO, Maria Aparecida Tedeschi; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; GOMES, Romeu. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abr. 2000.

CARVALHO, Marta Lúcia de Oliveira et al. Os registros em prontuário de mulheres atendidas por aborto em Hospital Universitário de cidade da região Sul do Brasil de 2001 a 2005. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER**, 8, Florianópolis-SC, 25-28 ago. 2008. *Anais Eletrônico...* Disponível em: <[http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST37/Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre\\_37.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST37/Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre_37.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2009.

CECATTI, José G. et al. O impacto da idade maternal avançada sobre os resultados da gravidez. *Rev. Bras. Ginec. Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 389-394, ago. 1998.

CERQUETANI, João Ernesto Finardi. **Aborto Eugênico**. 2007. 92f. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio de Toledo"/Faculdade de Direito de Presidente Prudente, Presidente Prudente, 2007.

COSTA, Rosely G. et al. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 1995.

CRM-PR. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/crm2/index.php>>. Acesso em: 13 set. 2009.

FUSCO, Carmen L. B.; ANDREONI, Solange; SOUZA-SILVA, Rebeca. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p.

78-88, mar. 2008.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; AENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 12-18, out./dez. 2006.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; DINIZ, Normélia Maria Freire; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, v. 21, n. 3, p. 449-453, jul./set. 2008.

HARDY, Ellen; ALVES, Graciana. Complicações pós - aborto provocado: Fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 454-458, out./dez. 1992.

LOUREIRO, David Camara; VIEIRA, Elizabeth Meloni. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de saúde de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, mai./jun. 2004.

MARTINS, Igenes Ramos. et al. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 251-266, jul./ago. 1991.

MATOS, Jéssica Carvalho et al. Mortalidade por aborto no Estado do Paraná: 1998 a 2004. *Rev. Eletrônica de Enf.*, Goiás, v. 9, n. 3, p. 806-814, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a19.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2009.

MONTEIRO, Francisco Giane; ADESSE, Leila. *Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes Regiões (1992-2005)*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 15, Caxambú-MG, 18-22 set. 2006. *Anais Eletrônico...* Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_252.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2009.

NADER, Priscilla Roxa Araújo; BLANDINO, Vanez da

Rocha Panetto; MACIEL, Ethel, Leonor Nóia. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. *Rev. Bras. Epidemiologia*, v. 10, n. 4, p. 615-624, dez. 2007.

OLINTO, Maria Tereza Anselmo; MOREIRA-FILHO, Djalma de Carvalho. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 365-375, fev. 2006.

PERSONA, Lia; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; TARRALLO, Maria Celina. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev. Latino - Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 745-750, set./out. 2004.

SELISTRE, Patricia Fernandez. Direito e democracia. *Rev. do centro de ciências jurídicas ULBRA*, Canoas, v. 9, n. 1, p. 184, 2000.

SOUZA, Ariani Impieri et al. Epidemiologia do abortamento na adolescência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.

SOUZA, Vera Lúcia Costa et al. O aborto entre adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 42-47, mar. 2001.

VIEIRA, Leila Maria et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Mangueiras, v. 12, n. 5, p. 1201-1208, set./out. 2007.

VIGGIANO, Mauricio Guilherme Campos et al. Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, n. 106, p. 55-61, abr./jun. 1996.

ZIEGEL, Ema E.; CRANLEY, Mecca. S. *Enfermagem obstétrica*. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1986.

Recebido em: 22 Novembro 2009

Aceito em: 03 Março 2010