

ABORTAMENTO INSEGURO E O ACOLHIMENTO EM SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Unsafe abortion and health care: A scoping review

Aborto inseguro y atención sanitaria: Una revisión del alcance

João Moisés Oliveira Lapola¹
Camila Aparecida Moraes Marques²
Leonardo de Souza Cardoso³
Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini⁴
Leide da Conceição Sanches⁵

RESUMO

O aborto é considerado inseguro quando os procedimentos usados para realizá-lo não são feitos de acordo com os padrões médicos. A prática do aborto inseguro ocorre sob a cobertura da legislação proibitiva. O objetivo desta revisão abrangente é mapear o que a literatura revela sobre a assistência à saúde das mulheres após o aborto inseguro. A questão é: o que a literatura revela sobre a assistência à saúde da mulher após o aborto inseguro? Foram utilizados três bancos de dados e 46 artigos foram selecionados para discussão. Foi discutido que existem diferentes rotas de aborto e que elas estão relacionadas à desigualdade social e ao racismo. A conclusão é que o aborto inseguro resulta em atendimento de saúde precário e que as dificuldades no atendimento pós-aborto levam a consequências evitáveis.

Palavras-chave: Abortamento induzido. Acolhimento. Bioética

¹ Mestrando do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.

² Doutora em Ciências Biológicas (Fisiologia). Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.

³ Mestre pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Docente das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.

⁴ Doutora em Ciências Biológicas. Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.

⁵ Doutora em Sociologia. Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.

Autor de Correspondência:

* Camila Aparecida Moraes Marques: camila.marques@professor.fpp.edu.br

ABSTRACT

Abortion is considered unsafe when the procedures used to perform it are not in accordance with medical standards. The practice of unsafe abortion takes place under the cover of prohibitive legislation. The aim of this comprehensive review is to map what the literature reveals about health care for women following unsafe abortion. The question is, what does the literature reveal about health care for women after unsafe abortion? Three databases were used and 46 articles were selected for discussion. It was discussed that there are different abortion pathways and that these are related to social inequality and racism. The conclusion is that unsafe abortion results in poor health care, and that difficulties in postabortion care lead to avoidable consequences.

Keywords: Induced abortion. Reception. Bioethics

RESUMEN

El aborto se considera inseguro cuando los procedimientos utilizados para llevarlo a cabo no se realizan de acuerdo con las normas médicas. La práctica del aborto inseguro tiene lugar al amparo de una legislación prohibitiva. El objetivo de esta revisión exhaustiva es trazar un mapa de lo que revela la bibliografía sobre la atención sanitaria a las mujeres tras un aborto inseguro. La pregunta es, ¿qué revela la literatura sobre la asistencia sanitaria a las mujeres después de un aborto inseguro? Se utilizaron tres bases de datos y se seleccionaron 46 artículos para la discusión. Se discutió que existen diferentes vías de aborto y que éstas están relacionadas con la desigualdad social y el racismo. La conclusión es que el aborto inseguro tiene como consecuencia una atención sanitaria deficiente, y que las dificultades en la atención postaborto generan consecuencias evitables.

Palabras clave: Aborto inducido; Recepción; Bioética

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 22 milhões de abortamentos inseguros são realizados por ano no mundo, resultando em 47.000 mortes, com uma taxa de mortalidade por procedimento de abortamento inseguro de 30 a cada 100.000 na América Latina e Caribe¹.

A maioria dos países desenvolvidos apresenta mecanismos estatais de proteção do direito de escolha da mulher que deseja abortar, sem a imposição de restrições, promovendo atendimento em saúde de qualidade e facilmente acessível. Essas políticas em saúde colaboram para a diminuição dos índices de mortalidade materna, influenciando na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres².

No Brasil, o abortamento é considerado crime pelo Código Penal, com reduzidos permissivos legais que autorizam o procedimento em casos excepcionais. Isso gera restrições à assistência em saúde às mulheres que apresentam gestações indesejadas, contribuindo para uma alta taxa de mortes maternas por complicações e sequelas físicas, mentais e reprodutivas relacionadas direta e indiretamente com o atendimento pós-abortamento dentro do sistema de saúde².

Não existem dados oficiais que relevem a realidade do abortamento no Brasil, em parte pelo caráter ilícito da intervenção e pelo medo das mulheres em expor o fato e de serem criminalmente responsabilizadas. Isso dificulta a elaboração de políticas públicas voltadas ao cuidado dessas mulheres, que por vezes se percebem desassistidas pelo sistema de saúde no que compete a integralidade do cuidado ofertado a elas. Apesar disso, existem pesquisas que apresentam dados aproximados sobre a situação brasileira em relação ao abortamento³.

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, espera-se que a maior proporção de abortamentos esteja dentro da faixa etária de maior atividade reprodutiva, consequentemente, há uma frequência maior do último aborto entre as mulheres jovens, com 29% dos abortos ocorrendo em idades que vão de 12 a 19 anos, 28% dos 20 aos 24 anos, caindo para abaixo de 13% a partir dos 25 anos. Caracterizando assim, o perfil jovem das mulheres que realizam o abortamento inseguro no Brasil².

As estatísticas apontam que aproximadamente uma em cada cinco mulheres, até os 40 anos de idade já fez um aborto no Brasil. As maiores taxas entre mulheres de baixa escolaridade e renda, pretas, pardas e indígenas, além das diferenças regionais, expressam a inequívoca desigualdade dentro das diferentes trajetórias no processo do abortamento inseguro. Outro problema que pode ser identificado é a escassez de acesso à informação a respeito dos meios legais de obter o abortamento seguro, relacionado também, com a falta de preparo dos profissionais de saúde para a realização do procedimento e posterior orientação em saúde sexual e reprodutiva (SSR)³.

A criminalização do aborto gera não somente as restrições legais ao acesso em saúde, como também perpetua o estigma e o preconceito sobre a mulher que o realiza de forma insegura. A OMS afirma que, muitas mulheres não procuram atendimento médico após a realização de abortamento inseguro justamente pelo medo do abuso, dos maus tratos e das represálias legais¹.

Os serviços de saúde tem papel fundamental no acolhimento dessas mulheres, sendo por vezes seu único ponto de apoio em meio a sentimento de culpa e medo. A forma como os profissionais e serviços ofertam o atendimento às mulheres no contexto do pós-abortamento é crucial para superar a discriminação e a desumanização do cuidado⁴.

O termo abortamento inseguro é empregado aqui com o intuito de desvincular o abortamento do sentido de culpabilização da mulher, já que outros termos utilizados com frequência como abortamento autoprovocado ou induzido trazem a ideia de autoria da ação, criando uma correlação imediata de algoz. Reconhece-se a existência de duas formas de abortamento, a segura, realizada por profissionais de saúde qualificados, em ambiente adequado que atenda aos critérios mínimos estabelecidos aos serviços de saúde e com o consentimento pleno da mulher, e o inseguro, que se opõe a isso, sendo realizado das mais diversas formas, sem orientação profissional, em ambientes inapropriados e, por vezes, de forma coercitiva⁵.

Justifica-se portanto esta revisão de escopo, por tratar-se de tema amplo, sensível e pouco notório aos profissionais da saúde, trazendo a questão do abortamento inseguro sob a ótica do acolhimento em saúde e da bioética. A partir do exposto acima, pergunta-se: O que a literatura revela sobre o acolhimento em saúde à mulher pós-abortamento inseguro? Objetiva-se mapear o que a literatura revela sobre o acolhimento em saúde da mulher pós-abortamento inseguro.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo, construída com base nas definições de acordo com o checklist da Plataforma Prisma®, cadastrada na Plataforma Open Science Frame Work. O objetivo desta revisão de escopo foi mapear o que a literatura revela sobre o acolhimento em saúde da mulher pós-abortamento inseguro. Realizou-se em busca nas seguintes bases de dados: PubMed, BVS, Scielo e CAPES.

Utilizou-se os seguintes descritores na base de dados PubMed: em inglês – induced abortion AND delivery of health care AND bioethics – e em português – abortamento induzido AND acolhimento AND bioética. Obtiveram-se com os descritores em inglês 49 artigos, dos quais 18 foram selecionados através da leitura dos títulos, posteriormente com a leitura dos abstracts, 18 seguiram para avaliação do texto completo, sendo selecionados ao final 17 artigos para integrarem este estudo. Não foram encontrados artigos com os descritores em português na base Pubmed, o que denota escassez de literatura específica atual sobre o tema nos estudos de língua portuguesa.

Na base de dados BVS foram utilizados os descritos: em inglês – induced abortion AND delivery of health care AND bioethics – e em português – abortamento induzido AND acolhimento AND bioética. Na pesquisa em inglês foi encontrado um artigo que foi selecionado tanto na leitura do título quanto na leitura do abstract, passando a integrar este estudo após a leitura do texto completo. Com os descritores em português obtiveram-se dois artigos, ambos aprovados em todas as etapas, incluindo a avaliação do texto completo.

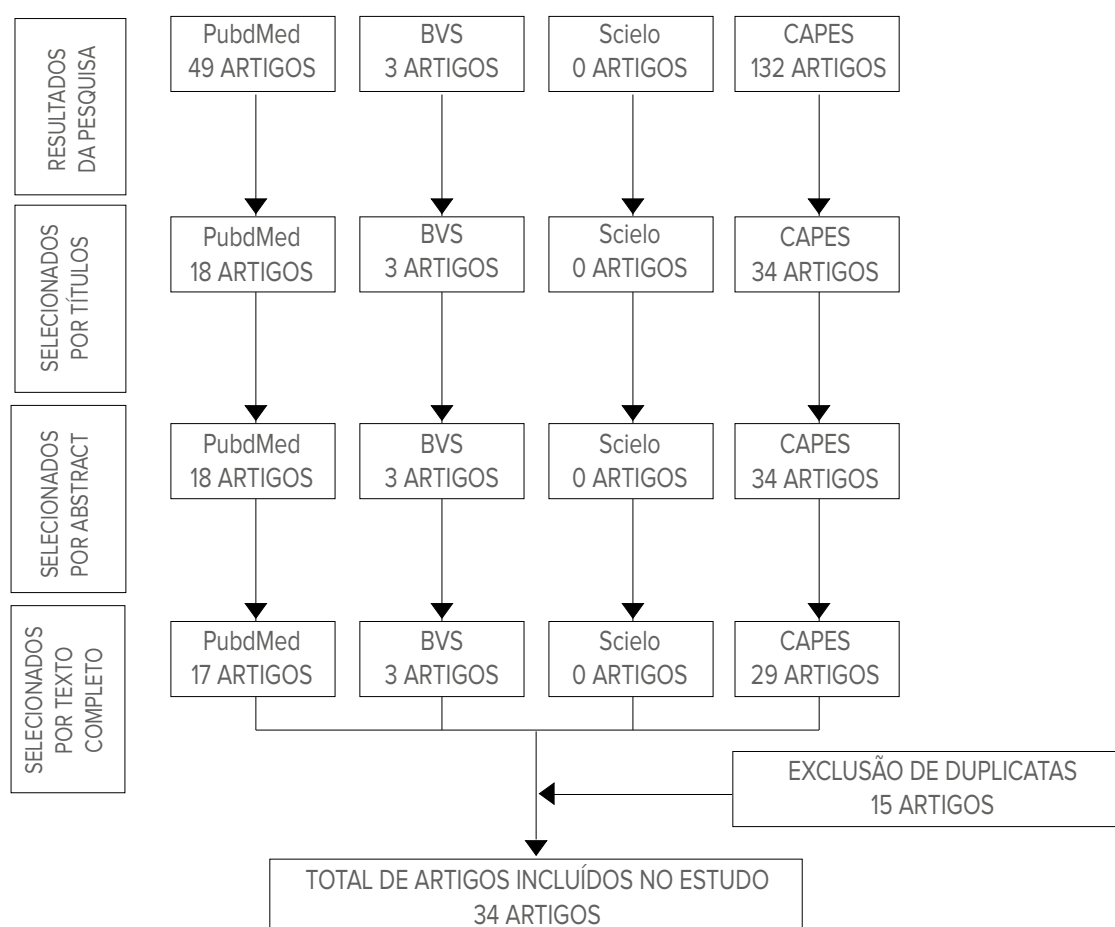
Na base de dados Scielo foram utilizados os descritores: em inglês – induced abortion AND delivery of health care AND bioethics – e em português – abortamento induzido AND acolhimento AND bioética. Não se obteve nenhum resultado, tanto em inglês quanto em português.

Na base de dados Portal de Periódico CAPES foram utilizados como descritores: em inglês – induced abortion AND delivery of health care AND bioethics – e em português – abortamento induzido AND acolhimento. Na pesquisa com os descritores em inglês foram encontrados 115 artigos, com 21 selecionados pela leitura do título e abstract, sendo 17 selecionados pela leitura do texto completo para compor este estudo. Dos descritores em português foram encontrados 17 artigos, sendo 13 selecionados após leitura de título e abstract, com 12 selecionados ao final da leitura do texto completo.

O termo delivery of health care foi utilizado como equivalente na pesquisa ao termo acolhimento, o qual não possui tradução literal que equivale ao significado empregado ao termo na língua portuguesa. Como critérios de inclusão foram escolhidos os artigos em inglês e português, publicados nos últimos 10 anos e em forma de texto completo.

Ao final da seleção dos artigos por meio da leitura dos textos completos, utilizando os critérios de inclusão e excluindo-se os artigos em duplicata, obteve-se o total de 46 artigos que passaram a compor este estudo. Observou-se que, embora a ideia fosse trabalhar com abortamento inseguro, o descritor que mais se aproximou do termo foi abortamento induzido, visto que a literatura atual ainda não especifica ou não reconhece o termo abortamento inseguro. (Figura 1)

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Os autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura completa dos artigos selecionados, 34 foram escolhidos para compor este estudo. Foram definidos 3 temas principais com 12 subtemas com base na análise subjetiva dos escopos dos artigos, dentro dos quais estes foram alocados. A maioria dos artigos foram alocados em mais de um subtema. Os temas definidos foram: a mulher, o profissional de saúde e o estado. Os subtemas e o número de artigos alocados respectivamente foram: quem aborta?; por que aborta?; como aborta?; desfechos do abortamento inseguro; o abortamento como direito; como deve ser o acolhimento?; gestores e seu papel na implementação do acolhimento; percepções dos profissionais de saúde em relação ao abortamento; objeção de consciência; percepções da mulher em relação ao acolhimento; percepções da mulher em relação ao abortamento e percepções das parcerias sexuais.

A MULHER

Quem aborta?

Estudos brasileiros encontraram como faixa etária de prevalência do abortamento idades entre 14 a 29 anos⁶. Um estudo sueco teve como resultado idades entre 18 a 41 anos⁷. Os estudos que levaram em conta dados baseados em raça/etnia definiram que a maioria das mulheres se autoafirmavam como negras/pretas. Em relação ao nível socioeconômico apenas um artigo afirmou que a maioria das mulheres pertencia a classe média, encontrava-se desempregada, dependia economicamente do companheiro ou dos pais e moravam com os pais em zonas urbanas. No que compete ao nível educacional das mulheres brasileiras, a baixa escolaridade foi mais prevalente, com apenas o ensino fundamental^{6,8}. Em relação às mulheres suecas foi apresentado que todas as mulheres que interromperam a gestação em razão de malformação fetal possuíam o ensino superior, já as mulheres que interromperam devido a gravidez indesejada variaram entre ensino fundamental e superior⁷. Sobre o estado civil houveram divergências, um estudo definiu como maioria em união consensual ou casamento civil e três estudos apontaram que a maioria das participantes se encontravam solteiras, um estudo apontou que metade das mulheres possuía parceiro fixo. Maioria cristã, porém outras religiões foram relatadas. Dois estudos apontaram que na maior parte dos casos se tratava da primeira gravidez^{6,8-9}. Um estudo específico de abortamento por anencefalia definiu que metade dos casos era a primeira gestação, com a maioria tendo sido planejada. Um dos estudos definiu que a maioria das mulheres possuía ao menos um filho. A idade gestacional variou de 12 semanas para o estudo brasileiro¹³ e 13 a 21 semanas e dois dias para o estudo sueco^{7,10}.

Por que abortam?

Três estudos apontaram que problemas e dificuldades financeiras foram fatores que contribuíram para a decisão pelo abortamento. Dois estudos indicaram que já ter filhos foi um dos motivos. A violência conjugal, falta de apoio dos parceiros perda da autonomia, não apresentar condições psicológicas para ser mãe e ter como prioridade no momento a carreira profissional⁹ foram identificados também como justificativas. Um estudo apontou que a gravidez foi devida a falha na contracepção e não a ausência dela^{6-7,9}. Em relação às malformações fetais três estudos abordaram o tema. A anencefalia foi apontada como motivo, com algumas mulheres optando pela interrupção da gestação após o diagnóstico, para poder engravidar novamente, não precisar seguir com uma gestação com um fim conhecido, retorno aos cuidados com os outros filhos e/ou complicações maternas, e algumas mulheres optaram por continuar com a gestação apesar do diagnóstico¹¹⁻¹². Em estudo sueco foi apontado como motivo além da malformação fetal, o fato de a gravidez ser indesejada¹⁰.

Como abortam?

O método atualmente mais difundido e utilizado para a interrupção da gestação é com o uso do misoprostol, comprimido via oral e/ou vaginal, geralmente associado à chás. A aquisição da medicação se deu em farmácias ou pela internet. As informações de uso e outras orientações sobre como realizar o abortamento foram obtidas pela internet com amigas, vizinhas e parentes, e com os farmacêuticos, balconistas de farmácia e vendedores da medicação. Um estudo definiu que mulheres brancas utilizam mais a internet para buscar informações e mulheres negras recorrem a familiares, vizinhas e amigas. Em alguns casos há o apoio do companheiro, principalmente se tratando de mulheres brancas. Métodos de abortamento invasivos

também foram encontrados como colocação de agulhas e sondas no útero. Geralmente as instituições de saúde são procuradas somente em casos de complicações como dores e sangramento ou para concluir o abortamento¹³, apenas um estudo apontou o uso de clínicas de abortamento clandestinas. A maioria dos abortamentos ocorre no primeiro trimestre e com a mulher em uso de contraceptivos⁶. Em locais onde o abortamento é permitido por lei e é realizado com o emprego de técnicas seguras, existem diferentes formas de realizá-lo, a depender da idade gestacional, risco para a mulher e opção do profissional de saúde. As técnicas mais comuns atualmente seriam: aspiração uterina, dilatação e extração/evacuação, dilatação e curetagem, histerotomia e histerectomia, até mesmo a cesariana. A maioria das mulheres que se submeteram ao abortamento não optaram por ver o feto¹⁴⁻¹⁵.

Percepções da mulher em relação ao acolhimento

As mulheres que passam pelo processo de abortamento referem diversas sensações negativas em relação ao acolhimento pela equipe de saúde. Medo de um atendimento ruim, de sofrer discriminação e preconceito, julgamentos morais, violência física, verbal e psicológica, medo de ser denunciada à polícia e da quebra da confidencialidade, solidão e falta de controle¹⁵. A ausência e negligência no controle da dor foi frequente nos estudos analisados. A infraestrutura precária do atendimento por vezes coloca as mulheres em ambientes hostis, com higiene precária e na presença de outras gestantes e puérperas, o prolongamento do tempo de espera também foi relatado¹⁶. O medo de afirmar que o abortamento foi induzido com misoprostol é comum, principalmente pelo receio de retaliação por parte da equipe. Alguns estudos apontaram que as mulheres foram forçadas a ver o feto após o abortamento ter sido realizado e que foram coagidas a tentar inibir o abortamento^{13,17}. Além disso, a falta de seguimento pós-abortamento, sem reagendamento para retorno e planejamento familiar também se mostraram preocupantes em estudo brasileiro⁶.

A percepção da qualidade do acolhimento é definida principalmente por experiências passadas semelhantes. Em alguns casos o processo de acolhimento é melhor avaliado, como no caso do abortamento por diagnóstico de malformação fetal, onde os profissionais por estarem mais habituados a prática, acabam por oferecer atendimento mais humanizado, dando a mulher a opção de participar ativamente do processo para melhor elaboração do luto. Nesse cenário, muitas mulheres acabam sendo pressionadas por familiares a prosseguir com a gestação¹⁷.

Ademais, o suporte neutro da equipe, com atendimento sem julgamentos e focado nos interesses da mulher acaba sendo motivo de surpresa, como apresentado em relato Sueco. Os interesses da mulher precisam ser levados em conta no momento do fornecimento do consentimento informado, oferecendo as informações necessárias, sem intimidação ou retenção de informações essenciais para uma tomada de decisão adequada^{8,18}.

Percepções da mulher em relação ao abortamento

As principais emoções associadas com o abortamento em si foram o medo, tristeza e culpa. Medo de morrer, medo de ser presa ou denunciada, medo do estigma da comunidade foram relatados, ademais, angústia, depressão, solidão, sofrimento, dor emocional, preocupações com a dor e o sofrimento fetal e vergonha também⁷⁻¹⁰. Algumas mulheres preferiram se distanciar mentalmente do feto, tentando não pensar nele como uma vida, como mecanismo de autoproteção. Entretanto, sentimentos de orgulho em terem tomado uma decisão tão importante, alívio e sensação de terem tomado a decisão correta sem arrependimentos também foram encontrados¹⁹.

Em relação às percepções nas gravidezes de fetos com malformações algumas sensações diferentes foram apresentadas. Estas mulheres referem o luto como sendo vivenciado antes mesmo do abortamento, com o choque do diagnóstico, seguido de angústia e tristeza e dificuldade de aceitação. As mulheres se percebiam como inaptas para a maternidade. Algumas optaram pela interrupção da gestação para acabar com o sofrimento e com a situação desesperadora. Há também sentimentos de esperança, espera por milagres, sensação de superação e amadurecimento²⁰.

Percepção das parcerias

As parcerias são importantes redes de apoio no contexto do abortamento, empoderando as mulheres a tomarem suas decisões e erificarestes tendendo a dar o apoio ao que elas decidirem^{9,19}. As atitudes variam de aceitação plena da decisão da mulher à imposição da decisão própria⁹. Um estudo apontou que o marido de uma mulher gestante de feto com malformação teve dificuldades em expressar suas emoções e esta não sabia como ele iria prosseguir após a interrupção da gestação⁹.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Percepções dos profissionais de saúde em relação ao abortamento

A percepção dos profissionais de saúde em relação a visão que estes possuem sobre o abortamento é variada e dependente de múltiplos fatores. Existe influência profunda das crenças e valores morais prévios trazidos ao ambiente de trabalho, que se moldam pela experiência vivida durante a atuação profissional, é um trabalho moral complexo³. Alguns profissionais encaram o abortamento de forma negativa, associando a interrupção eletiva da gravidez, por exemplo, a implicações negativas, mas tendo como influência as experiências prévias de cada um. Profissionais do sexo masculino e com crenças religiosas fortes tendem a ter atitudes mais negativas em relação ao abortamento. Alguns profissionais enxergam o abortamento como crime, pecado e assassinato, com atitudes sutis de reprovação²¹. Entretanto, muitos profissionais observam sua atuação como positiva, como um trabalho socialmente e politicamente importante, com um senso de dever de cuidar e promover a saúde reprodutiva das mulheres. Os profissionais se sentem responsáveis por minimizar o impacto das restrições ao abortamento sobre as mulheres e se mobilizam muitas vezes em luta pela garantia de direitos²².

Quando o assunto são políticas públicas pode haver dicotomia nos posicionamentos, com alguns profissionais apoiando leis mais progressistas e outros não. Muitas equipes se veem desamparadas quando estas políticas impedem a formulação de protocolos de atendimento e orientação, sem contar que leis restritivas também desmoralizam os profissionais que fornecem abortamento de forma segura²³.

O treinamento e educação em saúde pode ajudar a diminuir a visão negativa do abortamento, como se viu em estudo com farmacêuticos submetidos a treinamento sobre orientações para abortamento na Zâmbia²⁴. Isso é importante principalmente durante a formação destes profissionais. Em um estudo com estudantes de medicina sul-africanos, estudantes que estavam em fases mais avançadas do curso tendiam a apoiar mais a provisão do abortamento²⁵. Apesar disso, um estudo com residentes na Romênia apontou que a maioria dos entrevistados concordou com o abortamento terapêutico no segundo e terceiro trimestre se o feto ainda não for viável e a mãe estiver em risco ou existirem malformações graves²⁶. Isso demonstra que por vezes há dificuldades em se compreender a total autonomia da mulher sobre a gestação.

Por vezes essa discordância ou concordância parcial implica em objeções de consciência. Em estudo australiano, especialistas em aborto condenaram a nova lei que obrigava o encaminhamento das mulheres para provedores de abortamento por parte dos médicos objetores. Esse tipo de resposta da lei traz uma visão limitada da objeção de consciência, que exclui a complexidade da ambivalência moral sobre o tema²⁷. Considerar o abortamento como aceitável para seu sistema de valores é parte da boa prática profissional e protege o profissional de eventos estressores e burnout, como descrito em estudo polonês²⁸.

Objeção de consciência

Um dos artigos apresentou a objeção de consciência em relação ao abortamento de forma semelhante como a que ocorre no cenário brasileiro, os profissionais possuem direito a objetarem, com exceção dos casos emergenciais onde não há outro profissional disponível. Em um estudo com residentes na Romênia foi identificado que os profissionais podem se recusar a realizar o abortamento por motivos morais²⁶. A objeção de consciência acaba muitas vezes por sobrecarregar os provedores de abortamento, contribuindo para o aumento no tempo de espera dos pacientes e dificuldades de acesso. Nesse cenário entende-se que há necessidade de regulamentação para que motivos morais individuais não sejam usados com o fim de limitar o acesso à interrupção da gestação, mas que sejam pautados na acomodação entre direitos e valores razoáveis, com proteção aos direitos reprodutivos das mulheres. Assim, mantendo-se a proteção ao direito

em não realizar um procedimento, garante-se a autonomia do profissional, sem danos a mulher²⁹. Um estudo defendeu que devem haver restrições severas à objeção de consciência em função de proteger o paciente dos valores pessoais dos profissionais, entretanto, leis mais duras foram aplicadas na Austrália, resultando em repúdio por parte de especialistas em abortamento, que entenderam que a lei como um mecanismo de proteção à mulher e não para proteção médica²⁷.

Como deve ser o acolhimento?

A acolhimento se inicia antes mesmo do abortamento concretizado, por meio da orientação profissional adequada, com informações confiáveis em relação à interrupção da gravidez o que diz a legislação local, onde e quando procurar por atenção pós-abortamento, especificamente em se tratando de abortamentos inseguros. Tudo isso com a participação da comunidade e dos vários setores da saúde, como farmacêuticos locais por exemplo, objetivando a criação de uma política de redução de danos por meio da educação em saúde²⁹. O acolhimento durante o atendimento médico precisa ser dado com ênfase no respeito, prezando pela dignidade, compaixão, princípios éticos e legais, visando diminuir estigmas e constrangimentos, promovendo uma relação de confiança e vínculo. Orientar a necessidade e importância da rede de apoio familiar, principalmente do companheiro. Por meio do consentimento informado, orientar a mulher sobre o procedimento de forma individual, sem intimidação ou exposição de opiniões próprias, mas criando um ambiente de troca, onde a mulher possa tomar decisões voltadas às suas necessidades, deixando claro suas vontades em relação à condução do procedimento, como visualização ou não do feto e ultrassonografia²⁹⁻³⁰.

A qualidade do atendimento é ponto central no cuidado, com profissionais capacitados para realizá-lo, seguindo normas técnicas, respondendo às necessidades físicas, emocionais e sociais das mulheres, em especial no controle da dor. O ambiente físico deve ser acolhedor, seguindo normas de higiene, em local separado de outras gestantes e puérperas¹⁹. É importante ressaltar que quanto maior o tempo de espera pelo atendimento pós-abortamento, maiores complicações são esperadas, isso torna-se ainda mais problemático em razão da alta demanda dos serviços. A continuidade do cuidado deve ser feita por meio de consultas de retorno e planejamento reprodutivo, questionários sobre a qualidade do atendimento podem ser utilizados³¹.

O ESTADO

Desfechos do abortamento inseguro

Os principais desfechos do abortamento inseguro são as complicações pós-abortamento, culminando em dores (cólicas) e sangramento intenso, podendo levar à necessidade transfusões sanguíneas por choque hipovolêmico. O risco de infecções também foi relatado. Pode haver a necessidade de curetagem uterina ou histerectomia. Há o risco de falsificação do misoprostol, principalmente quando sua venda ao público geral é criminalizada. A atenção e cuidado pós-abortamento é de extrema importância para a vida das mulheres que se submetem a um abortamento inseguro, a demora na prestação de cuidados pode levar a invalidez evitável, dificuldades reprodutivas e morte¹³. Além do pronto atendimento pós-abortamento, a adequada qualidade do cuidado é evidente, com um estudo apresentando que sucessivas curetagens realizadas sem anestesia culminaram em perfuração uterina. No mais, os gastos com a atenção pós-abortamento são evitáveis com o acesso ao abortamento seguro e contracepção¹⁶.

O abortamento como direito

Cada cultura enxerga o abortamento de formas muito distintas e formula suas leis, sendo mais progressistas ou conservadoras, com base em múltiplas interpretações da vida. O direito a vida e autonomia da mulher por vezes se sobrepõe ao direito em potencial do feto, entretanto em algumas legislaturas este dilema cria conflitos morais no que compete a interrupção da gestação. É importante considerar no debate político que a vida da gestante é investida biograficamente e tem maiores interesses a serem protegidos, em comparação com o investimento puramente biológico na vida do feto³².

As diferentes posições acabam se resumindo em dois pontos extremos, chamados movimento pró-escolha e movimento pró-vida, que à primeira vista apresentam posições antagônicas no cenário político e

social. Entretanto, quando o empoderamento das mulheres se torna o objetivo, é necessária uma compreensão que ambos os movimentos permeiam um ponto central de luta pelo direito e autonomia, seja do feto ou da mulher. Essa mobilização pela autonomia se configura em luta pela justiça reprodutiva de amplo espectro, que visa atender as necessidades das mulheres, para que essas recuperem o controle de suas vidas reprodutivas. Essa luta precisa estar alicerçada não só nas evidências científicas, mas também no reconhecimento do cenário político e social, para promover mudanças na legislação, estando o Estado obrigado a fornecer o cuidado integral à saúde da mulher. Tendo, necessariamente, o apoio das entidades médicas, que muitas vezes são poderosos promotores das mudanças na lei. Essas novas leis precisam se adequar a padrões e normativas internacionais de direitos humanos, promovendo uma visão holística da saúde da mulher, pautada na equidade e na autonomia desta, desviando o foco da escolha dos profissionais de saúde para a mulher e promovendo políticas de acesso ao abortamento seguro, como a adoção de profissionais de nível médio, por exemplo, garantindo a estruturação adequada da atenção pós-abortamento e garantindo a liberdade de consciência dos profissionais³³.

Gestores e seu papel na implementação do cuidado

A garantia dos direitos reprodutivos é dever dos gestores, com a criação de políticas públicas que informem as mulheres sobre seus direitos e sobre o abortamento seguro, numa estratégia de redução de danos devendo ter a participação de atores da comunidade, como farmacêuticos locais. O trabalho em conjunto multiprofissional pode ser empregado com a capacitação de profissionais não médicos para a realização de abortamentos seguros. É importante reconhecer as falhas na garantia dos direitos reprodutivos, como é o caso da rejeição no acesso a contracepção por mulheres jovens, essas falhas podem ser identificadas por meio da avaliação dos programas já existentes³³. A reforma na legislação é importante na garantia desses direitos, cita-se a regulação da objeção de consciência dos profissionais de saúde como forma de promover o acesso ao abortamento seguro³⁴. No cenário brasileiro, a reorganização do Sistema Único de Saúde pode trazer benefícios na qualidade do acolhimento em relação aos casos permitidos em lei, como a anencefalia.

CONCLUSÕES

O abortamento inseguro é cenário presente em muitos países, tendo piores desfechos em locais onde é criminalizado. Isso resulta em acolhimento em saúde deficitário, com dificuldades na assistência pós-abortamento gerando consequências evitáveis. O acolhimento pode ser melhorado inclusive em contextos políticos restritivos, desde que haja cooperação entre profissionais, gestores e comunidade. É de responsabilidade do Estado e da sociedade a garantia à saúde, evidenciando-se nesse contexto os direitos reprodutivos das mulheres, incluindo o acesso ao abortamento seguro de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Marván ML, del Río A, Campos Z. On Abortion: Exploring Psychological Meaning and Attitudes in a Sample of Mexican Gynecologists. *Dev World Bioeth* [Internet]. 2012 [citado 23 de jan 2025];14(1):29-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dewb.12005>
2. Aquino EML, Menezes GMS, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Almeida MCC, Alves SV et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado 23 de jan 2025];30(9):2005-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x000009214>
3. Duarte NIG, Moraes LL, Andrade CB. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 23 de jan 2025];23(10):3337-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14062018>
4. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 23 de jan 2025];18(8):2311-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000800015>
5. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 23 de jan 2025];22(8):2771-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>
6. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [citado 23 de jan 2025];9(12):e115957. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115957>
7. Bo M, Zotti CM, Charrier L. Conscientious objection and waiting time for voluntary abortion in Italy. *Eur J Contracept Amp Reprod Health Care* [Internet]. 2015 [citado 23 de jan 2025];20(4):272-82. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.990089>
8. Pereira VN, Oliveira FA, Gomes NP, Couto TM, Paixão GPN. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saude Soc* [Internet]. 2012 [citado 23 de jan 2025];21(4):1056-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902012000400022>
9. Lima NDF, Cordeiro RLM. “A minha vida não pode parar”: itinerários abortivos de mulheres jovens. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2020 [citado 23 de jan 2025];28(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n158290>
10. Farrell RM, Mabel JHD, Reider MW, Coleridge MLGC, Yoder Katsuki M. Implications of Ohio’s 20-Week Abortion Ban on Prenatal Patients and the Assessment of Fetal Anomalies. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2017 [citado 23 de jan 2025];129(5): 795–99. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001996>
11. Chima SC, Mamdoo F. Ethical and legal dilemmas around termination of pregnancy for severe fetal anomalies: A review of two African neonates presenting with ventriculomegaly and holoprosencephaly. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2015 [citado 23 de jan 2025];18(7):31. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.170820>

12. Billings DL, Walker D, Mainero del Paso G, Clark KA, Dayananda I. Pharmacy worker practices related to use of misoprostol for abortion in one Mexican state. *Contraception* [Internet]. 2009 [citado 23 de jan 2025];79(6):445-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.12.011>
13. Fernandes IB, Xavier RB, São Bento PAS, Rodrigues A. Nas vias de interromper ou não a gestação: vivências de gestantes de fetos com anencefalia. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 23 de jan 2025];25(2):429-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.14812018>
14. Wheeler SB, Zullig LL, Reeve BB, Buga GA, Morroni C. Attitudes and Intentions Regarding Abortion Provision Among Medical School Students in South Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. Set 2012 [citado 23 de jan 2025];38(03):154-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1363/3815412>
15. Huberfeld N. With Liberty and Access for Some: The ACA's Disconnect for Women's Health. *Fordham Urb L J* [Internet]. 2013 [citado 23 de jan 2025]; 40. Disponível em: <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol40/iss4/4/>.
16. Wataganara T, Nawapun K, Phithakwatchara N. Fetal Anomalies in Twin Pregnancies. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 [citado 23 de jan 2025];10(3):308-12. Disponível em: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10009-1477>
17. Harris LH. Recognizing Conscience in Abortion Provision. *New Engl J Med* [Internet]. 2012 [citado 23 de jan 2025];367(11):981-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmp1206253>
18. Zaręba K, Banasiewicz J, Rozenek H, Ciebiera M, Jakiel G. Emotional Complications in Midwives Participating in Pregnancy Termination Procedures—Polish Experience. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 23 de jan 2025];17(8):2776. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082776>
19. Zulu JM, Ali J, Hallez K, Kass N, Michelo C, Hyder AA. Ethics challenges and guidance related to research involving adolescent post-abortion care: a scoping review. *Reprod Health* [Internet]. 2018 [citado 23 de jan 2025];15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0515-6>
20. Fragoso M. Taking Conscience Seriously or Seriously Taking Conscience?: Obstetricians, Specialty Boards, and the Takings Clause. *NDLR* [Internet]. 2011 [citado 23 de jan 2025]; 86(4). Disponível em: <https://scholarship.law.nd.edu/ndlr/vol86/iss4/6/>.
21. Lyus RJ. Response to: 'Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies' by Schuklenk and Smalling. *J Med Ethics* [Internet]. 2016 [citado 23 de jan 2025];43(4):250-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103643>
22. Britton LE, Mercier RJ, Buchbinder M, Bryant AG. Abortion providers, professional identity, and restrictive laws: A qualitative study. *Health Care Women Int* [Internet]. 2016 [citado 23 de jan 2025];38(3):222-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2016.1254218>
23. Fetters T, Raisanen K, Mupeta S, Malisikwanda I, Vwalika B, Osur J et al. Using a harm reduction lens to examine post-intervention results of medical abortion training among Zambian pharmacists. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014 [citado 23 de jan 2025];22(sup44):116-24. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(14\)43794-7](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(14)43794-7)

24. Joguee F. Partial-birth abortion – is it legally and ethically justifiable? Lessons for South Africa. *South Afr J Bioeth Law* [Internet]. 2018 [citado 23 de jan 2025];11(2):96. Disponível em: <https://doi.org/10.7196/sajbl.2018.v11i2.623>
25. Hostiuc S, Buda O, Hostiuc M. Late abortion. Attitudes amongst young physicians in Romania. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2013 [citado 23 de jan 2025];288(2):431-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2763-6>
26. Keogh LA, Gillam L, Bismark M, McNamee K, Webster A, Bayly C et al. Conscientious objection to abortion, the law and its implementation in Victoria, Australia: perspectives of abortion service providers. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2019 [citado 23 de jan 2025]; 20(1)11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0346-1>
27. Czarnecki D, Anspach RR, De Vries RG, Dunn MD, Hauschildt K, Harris LH. Conscience reconsidered: The moral work of navigating participation in abortion care on labor and delivery. *Soc Sci Amp Med* [Internet]. 2019 [citado 23 de jan 2025];232:181-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.034>
28. Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. *Physis* [Internet]. 2013 [citado 23 de jan 2025];23(1):109-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312013000100007>
29. Magelssen M, Le NQ, Supphellen M. Secularity, abortion, assisted dying and the future of conscientious objection: modelling the relationship between attitudes. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 23 de jan 2025];20(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0408-4>
30. Dickens BM. Post-abortion care: Ethical and legal duties. *Int J Gynecol Amp Obstet* [Internet]. 2019 [citado 23 de jan 2025];147(2):273-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12951>
31. Suter SM. The Politics of Information: Informed Consent in Abortion and End-of-Life Decision Making. *Am J Law Amp Med* [Internet]. 2013 [citado 23 de jan 2025];39(1):7-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/009885881303900101>
32. Shaw J. Full-Spectrum Reproductive Justice: The Affinity of Abortion Rights and Birth Activism. *Stud Soc Justice* [Internet]. 2012 [citado 23 de jan 2025];7(1):143-59. Disponível em: <https://doi.org/10.26522/ssj.v7i1.1059>
33. Kluge EH. Ethical Considerations on Methods Used in Abortions. *Health Care Anal* [Internet]. 2012 [citado 23 de jan 2025];23(1):1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0232-1>
34. Avila FE, Fragoso GR, Czepula AIS, Novellino AMM. Malformações congênitas em uma cidade da região metropolitana de Curitiba-PR. *Espac Saude* [Internet]. 2023 [citado 20 de fev 2025];24:1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2023v24.e916>



DATA DE SUBMISSÃO: 24/01/2025 | DATA DE ACEITE: 13/05/2025