



Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Ciências Biológicas

Aborto: Atualidade e Complexidade

Polyana Emanuela Garcia de Araujo

Brasília- 2001

Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Ciências Biológicas

Aborto: Atualidade e Complexidade

Polyana Emanuela Garcia de Araujo

Monografia apresentada à Faculdade de
Ciências da Saúde do Centro Universitário
De Brasília como parte dos requisitos para
A obtenção do grau de Licenciado em
Ciências Biológicas

Orientador: Prof^o Marcelo Ximenes A. Bizerril

Brasília – 2001

RESUMO

O aborto do latim *abortus*, de *ab*, ‘privação’ e *ortus*, ‘nascimento’, é o ato de interromper o processo de gravidez, com a conseqüente expulsão do feto. Classifica-se em espontâneo e provocado. Na verdade, observa-se que há uma tendência mundial a modificar as leis sobre o aborto. Mundialmente, é aceito em alguns países, em outros, é condenado completamente. No Brasil é permitido em apenas duas situações: para salvar a vida da mãe e em caso de estupro. É considerado um dos crimes que se apresenta com grande diversidade repressiva, determinada pelas modificações culturais ao longo dos tempos. Como se vê, o aborto é um tema gerador de polêmicos debates e estudos, e estes, são fundamentados na seguinte questão: **Quando começa a vida?** Muitos defendem que esta se forma no momento da concepção, para outros, depois de um certo número de semanas.

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	01
2.0 - QUANDO COMEÇA A VIDA ?	04
2.1-O recém –concebido à luz da genética e da biologia humana.....	04
2.2-O caráter humano do embrião.....	05
2.3-O valor ontológico e ético do recém-nascido.....	06
3-A INTENÇÃO DE PROCRIZAR	07
4.0CLASSIFICAÇÃO	08
4.1-Abortamentoespontâneo.....	08
4.1.1-Ocasional.....	10
4.1.2-Habitual.....	10
4.1.3-Fatores de abortamento espontâneo.....	10
4.2-Abortamento Provocado.....	12
4.2.1-Terapêutico.....	12
4.2.2-Criminoso.....	13
5-FORMAS ESCONDIDAS DE ABORTO	15
6-PROCEDIMENTO PÓS-ABORTO	16
7-DIREITO	16
8--ABORTO NO BRASIL	17
8.1-Aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento.....	17
8.2-Provocar aborto sem o consentimento da gestante.....	17
8.3-Provocar aborto com o consentimento da gestante.....	18
8.4-Forma qualificada.....	18
8.5-Abortos legais.....	18
9-PERFIL DO ABORTO NO MUNDO	18
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1 – INTRODUÇÃO

É natural que o aborto seja um assunto dilacerante em cada sociedade. Não há outra questão que diz tão diretamente respeito à própria preservação da espécie. A dificuldade é medir a proporção do direito da mãe em relação ao da criança que ainda não nasceu.

Tal assunto pode ser tratado sob diversos ângulos, tais como o lado histórico; do direito civil e penal; teológico-moral; psicológico; cultural e outros. Dentre esses fatores, vale ressaltar a questão do embrião humano ser ou não vida humana individualizada desde o primeiro momento da fecundação.

Papaleo (2000), relata que pouco se sabe quanto a freqüência do aborto, conhecida mais seguramente de um século e meio mais ou menos, não se tendo elementos para determinar as proporções que teria alcançado anteriormente. Mal o conheciam e mal o praticavam os homens das primeiras civilizações: mesmo antes, mas até 1800 não se conhecem levantamentos de seu número provável em qualquer sociedade. Nunca se contestou, entretanto seu cometimento.

Numa determinada época, a prática do aborto, tornou-se bem difundida em todas as camadas sociais e em particular, entre as classes privilegiadas, não tendo portanto nenhuma condenação para tal prática (Mori, 1997). Na verdade a mudança de mentalidade e costumes somente ocorreu com o advento do cristianismo, que vetou o aborto por considerá-lo contrário à soberania de Deus sobre a vida humana e sobre o processo generativo.

Como se vê, o aborto era colocado de forma muito diferente daquela de hoje em dia, assim, em poucos anos, mudaram os problemas relativos à avaliação do aborto.

Como os debates sobre tal assunto são constantes, criam-se várias posições sobre o mesmo. Segundo relata Mori (1997), as principais posições são as seguintes:

- ✓ *Posição católica* – que afirma claramente a “condenação” moral de qualquer tipo de aborto. Essa intervenção nunca é admitida, nem quando necessária para salvar a vida da mulher, nem quando a gravidez é conseqüência de estupro, nem quando o feto apresenta graves malformações.
- ✓ *Posição do Movimento pela Vida* – que se opõe ao aborto com a posição católica, e afirma que o embrião é pessoa desde a concepção e que o aborto é um verdadeiro

homicídio; sendo portanto favorável a admitir pelo menos algumas exceções à proibição geral como, por exemplo, quando o aborto se torna necessário para salvar a vida da mulher.

- ✓ *Posição para a legalização do aborto* – que admite o aborto, dizendo que este deve ser regulamentado socialmente, porque não se trata de um “problema privado”, portanto deve ser permitido.
- ✓ *Posição a favor da liberalização do aborto* – segundo a qual o aborto é um “problema privado” da mulher, que o resolve com seu médico. A lei, portanto, deveria limitar-se a garantir que a intervenção médica ocorre de forma correta, no mais a mulher pode pretender o aborto simplesmente por pedido.

Etimologicamente, aborto quer dizer “privação do nascimento”. Advém do latim, *abortus*, onde *ab* significa privação e *ortus*, nascimento (Belo,1999).

Embora aborto e abortamento sejam termos considerados por muitos como sinônimos, é mais correto definir abortamento como o processo de eliminação do ovo e aborto como o produto conceptual expulso no ato de abortamento. Todavia a palavra aborto é de uso mais usual, por ter sido a empregada pelo Código Penal.

Na verdade para que tal ato (abortamento) seja cometido é necessário que a mulher esteja grávida, obviamente. E uma mulher é considerada grávida durante o período em que o zigoto (célula inicial para a formação de um organismo diplóide – $2n$, resultante da fusão entre dois gametas) se desenvolve no interior de seu corpo.

É necessário portanto que haja a fecundação: milhões de espermatozoides são lançados no terço superior da vagina durante a ejaculação, mas apenas um penetra o óvulo. Através dos fenômenos de Reação de Zona e Reação Cortical, evita-se a poliespermia – mais de um espermatozoide penetrar em um óvulo – ; quando um espermatozoide penetra no óvulo, os núcleos de ambos se fundem. O óvulo, unido ao espermatozoide formará o zigoto, que é uma célula viva

Assim a questão de quando se forma a vida apresenta algumas opiniões divergentes, como por exemplo, para alguns a vida se forma no momento da concepção; para outros, depois de um certo número de semanas do feto dentro do útero da mãe. No entanto, o aborto pode ser conceituado mais precisamente segundo Rezende (1974) da seguinte forma: “ É a expulsão ou a extração de toda e qualquer parte da placenta ou das membranas sem

um feto identificável , ou com um recém - nascido vivo ou morto de 500g”. Na ausência do conhecimento do peso, uma estimativa da duração da gestação de menos de 20 semanas completas, contando desde o primeiro dia do último período menstrual normal. Os meios para se consumir tal ato são, na maioria das vezes, se não todas, brutais tanto para a mãe quanto para o feto principalmente. Têm-se diversos tipos de aborto, aplicados, segundo especialistas, de acordo com o estado e o período de gravidez.

Todavia , deve ficar claro que o problema é o de saber se o embrião é ou não pessoa desde a concepção e, portanto, como fica a questão do aborto, quanto as formas que o praticam e, até que momento este ato deve ser questionado, ou seja, em quais situações deve ser permitido ou não, e os possíveis problemas que o mesmo pode vir a acarretar.

No entanto, não deixa de ser chocante examinar e verificar como as divergências morais a respeito do assunto não chegam a um consenso comum.

2.0 – QUANDO COMEÇA A VIDA ?

O caráter moral ou imoral do aborto decorre da resposta dada a uma única pergunta: “O embrião é ou não pessoa desde a concepção?” (Mori, 1997)

Ao examinar com atenção essa pergunta, talvez sua resposta seja óbvia, mas é importante formulá-la, pois não se trata de um problema comum (habitual) se comparado a tantos outros que surgem em nosso dia-a-dia; ao contrário, trata-se de um problema bastante particular, portanto, é indispensável analisarmos os pontos que se seguem.

2.1-O recém- concebido à luz da genética e da biologia humana

A concepção humana não é mais hoje um mistério natural escondido atrás de parede impenetráveis, acompanhadas de dúvidas formadas de imprecisas observações ou argumentações. Essa realidade não pode ser manipulada pelos interesses próprios de quem a trata. Mesmo que falte muito mais a ser compreendido e pesquisado por um conhecimento mais preciso, as observações conseguidas até hoje já são suficientes para o esclarecimento dos aspectos que nos interessam. O primeiro dado esclarecido pela genética foi: no momento da fertilização, ou seja, da penetração do espermatozóide no óvulo, os dois gametas dos genitores (n – haplóides) formam uma nova entidade biológica, o zigoto ($2n$ – diplóide) que carrega em si um novo conjunto inédito de genes que determinará um novo indivíduo da espécie (entidade biológica) .

Segundo o documento “Identidade e Estatuto do Embrião Humano”, do Centro de Bioética da Universidade Católica (Sgreccia, 1996), diz que mal o óvulo e o

espermatozóide se interagem, imediatamente inicia-se um novo sistema, que apresenta duas características fundamentais:

- novo sistema é um sistema combinado que começa a operar como uma nova unidade, com o objetivo de atingir sua forma específica terminal, se forem postas todas as condições necessárias.
- centro biológico (estrutura coordenadora dessa nova unidade) é o novo genoma de que está dotado o embrião unicelular, ou seja, os complexos moleculares visivelmente reconhecíveis em nível citogenético nos cromossomos. É esse genoma que identifica o embrião unicelular como biologicamente humano e especifica a sua individualidade, que confere ao embrião potencialidades morfogênicas, que o próprio embrião irá executando durante todo o desenvolvimento.

O fato que se deve notar é que esse novo programa não é executado por órgãos fisiológicos maternos (atuando estes passivamente), mas na verdade é um programa que se constrói a si mesmo, e é o ator principal de si. Ainda que permaneçam ativos por algum tempo, os sistemas de origem materna, entram em ação todavia, desde o primeiro momento da fertilização, os sistemas de controle do zigoto, que assumem totalmente seu controle antes mesmo da implantação – invasão e penetração no endométrio uterino (Garcia,1991).

No que diz respeito ao desenvolvimento do embrião, este apresenta três características fundamentais, que são: coordenação, continuidade e gradualidade do processo. Segundo Mori (1997), uma interpretação cuidadosa desses dados levaria à conclusão de que o embrião é pessoa desde a concepção, porque nesta o novo sistema inicia “seu ciclo vital próprio” que, em seguida, continua de forma ininterrupta.

Em síntese, a rapidez do desenvolvimento e da organização é tal que no final da 8ª semana, se não são impostos qualquer tipo de anormalidade que implique a inviabilidade do futuro ser humano, a organização do programa esta terminada e o embrião possui, ainda que em miniatura, todas as estruturas características para a formação de um novo ser humano.

2.2-O caráter humano do embrião

Uma vez que o desenvolvimento biológico é ininterrupto, sem que seja necessária uma intervenção casual, deve-se dizer que a entidade constitui um novo indivíduo humano. A autogênese do embrião acontece de tal modo que a fase sucessiva não elimina, mas absorve e a desenvolve segundo uma lei biológica individualizada e controlada mesmo quando não é reconhecível ainda a figura humana. Há milhares de células musculares que fazem bater um coração primitivo; milhões de células nervosas que se reúnem e se dispõem em circuitos do sistema nervoso de uma determinada pessoa.

Sgreccia (1996), no que diz respeito ao início da vida individual humana, relata algumas dificuldades impostas pelo mundo científico, tais como:

- *“De acordo com o relatório Warnock poderia se dispor do embrião humano para fins experimentais até o 14º dia depois da concepção, o que dá a entender que até essa data não se reconheceria o caráter humano do embrião”.*
- *“E. Maclaren afirmou: o ponto em que comecei a ser um indivíduo humano total e completo foi no estágio da linha primitiva, a formação do embrião. O aparecimento da linha primitiva indicaria que as células destinadas a construir o embrião já estão diferenciadas das células que por sua vez, formarão os tecidos placentários e protetores”.*
- *“Grobstein assegura: o pré-embrião humano tem um conjunto especial de características que o distinguem biologicamente do óvulo que o precede e do embrião que o segue. É um indivíduo geneticamente, mas não morfologicamente. Como se pode notar, é introduzido por este autor, o termo pré – embrião, que serve para indicar aquele período da vida pré-natal humana compreendido entre o momento da fecundação e o aparecimento da linha primitiva (primeiros 14 dias)”.*

Para outros autores é considerado fundamental no desenvolvimento embrionário a formação do sistema nervoso e o início da vida cerebral: “a vida humana pode ser vista como um espectro contínuo entre o início da vida cerebral no útero (8ª semana de gestação) e a morte cerebral”.

Com resposta a essas objeções e em particular no que diz respeito à linha primitiva, é preciso lembrar que ela não representa senão o ponto de chegada de um processo seqüencialmente ordenado sem solução de continuidade, que se inicia no momento em que se formou o zigoto.

O recém-concebido tem sua realidade biológica própria e bem determinada; é um indivíduo totalmente humano em desenvolvimento que automaticamente constrói a própria forma executando processos programando seu próprio genoma.

2.3-O valor ontológico e ético do recém – nascido

Pode-se concluir que o embrião é um indivíduo humano em desenvolvimento e que, por isso merece o respeito que se deve a todo homem. Poderia se dizer que o problema já tem solução ética e que a pergunta sobre a licitude ou não do aborto provocado já tem sua resposta.

O aborto clandestino é uma exploração econômica da mulher em dificuldade, é perigoso para a saúde e a vida da mulher. Para combatê-lo não existiria outro meio senão sua regulamentação legal. Diversas soluções preventivas deveriam, então, ser estabelecidas como hipóteses: a legalização, mas é preciso ter uma lei, e essa lei que visa acabar com a prática do aborto clandestino seria considerada uma lei moralizante e positiva.

A constatação é de que a lei não elimina o aborto ilegal, mas talvez, o aumente; e se entende também o motivo ou a série de motivos: a clandestinidade não depende apenas nem primeiramente do temor da punição do Estado, mas de razões de segredo familiar e social que a lei não pode tutelar; as concepções derivadas do adultério, concepções em moças não casadas e muito jovens.

Enfim, a lei estabelece formalidades e restrições que nem sempre coincidem com o interesse da mulher ou do casal. De qualquer modo, o problema moral, ou seja, o de saber se o aborto em si, é lícito ou não, permaneceria sempre e em qualquer situação legal, pois a lei muitas vezes permite o aborto; mas essa hipótese permanece na consciência recaindo sobre ela com mais força ainda: será sempre uma decisão do sujeito usufruir da lei e de seus permissivismos, ou apesar da facilidades, permanece fiel ao compromisso moral.

3 – A INTENÇÃO DE PROCRIAR

Existem defensores do aborto voluntário, ou melhor, de sua liberação (legalização) quando, trata-se por exemplo, de uma concepção que ocorreu contra ou sem a vontade dos cônjuges ou de um deles. Estes defendem a seguinte questão: é lícito e legítimo que os cônjuges decidam livremente sobre o nascimento de seus filhos.

Para impedir a concepção há diversos métodos contraceptivos; dentre eles a pílula é o mais seguro de todos, quanto à eficácia, pois suas falhas são mínimas, talvez em torno de 1%, situa-se em segundo lugar o DIU (dispositivo intra uterino), com 2,7% de falhas (Papaleo, 2000). Seja qual for o contraceptivo utilizado um ou outro implicam efeitos colaterais, destacando-se em particular a pílula, que é , sob esse aspecto, um dos mais inconvenientes de todos em uso. Em sua quase totalidade não é muito prática, pois quase sempre obriga a uso diário, disso acarretando riscos caso ocorra esquecimentos, quebrando-se assim o efeito buscado. No caso de falharem esses métodos e de acontecer uma concepção não desejada e não querida, e dado que não há vontade de procriar, pode-se interromper voluntariamente a gravidez não desejada.

Assim, ao praticar o ato conjugal sabe-se que existe a estrutura procriadora no próprio gesto que se realiza, de modo que as intenções objetivas ou os meios em sentido contrário não podem anular a primordial estrutura do ato conjugal.

O recém – concebido deve ser considerado em seu valor humano e individual, qualquer que seja o modo como foi concebido. Cabe agora tirar a conclusão do valor atribuído ao embrião-feto ao longo de um processo contínuo.

4.0 – CLASSIFICAÇÃO

Com base nos trabalhos de Mattingly (1974) e de Felipe (1983), o aborto classifica-se em espontâneo ou provocado.

4.1- Abortamento espontâneo

Ocorre interrupção espontânea da gravidez ocorrendo, por exemplo, quando presente alguma anormalidade no crescimento do feto ou uma doença infecciosa (Belo, 1999). Pode ser ocasional ou habitual

4.1.1- Abortamento Ocasional

É aquele que se inicia sem interferência de agentes medicinais ou mecânicos, sendo assim definidos:

- a) *Abortamento evitável*- compõe-se de sangramento vaginal e cólicas sem que se detectem alterações morfológicas do colo uterino. Podemos encontrar cólicas e sangramento, com o colo impérvio, sem um dado que nos permita dizer se o embrião permanece vivo ou não. A gestante apresenta perdas hemorrágicas associadas ou não a dores abdominais; a perda de deslocamento do ovo é de início de um vermelho vivo, tornando-se de coloração vermelho- escura quando se exterioriza o sangue coletado na vagina.

Sendo a incidência de ovos anormais de 50 a 60% a tendência atual é de apenas administrar antipasmódicos para aliviar as cólicas, sedativos para acalmar as pacientes e prescrever restrição do esforço físico, numa tentativa de diminuir a contractilidade uterina.

- b) *Abortamento Inevitável*- é aquele que embora ainda cheio o útero, o colo já apresenta dilatação; as cólicas e o sangramento são mais intensos havendo evolução rápida e inevitável para a expulsão do ovo.

Em gestações de menos de 12 semanas, a curetagem uterina é medida mais adequada. Em gestações do segundo trimestre, procede-se a infusão de ocitócito, na tentativa de apressar a eliminação do ovo.

- c) *Abortamento Incompleto*- nesta fase clínica já ocorreu expulsão de uma parte do ovo, encontrando-se restos ovulares ainda na cavidade uterina. A hemorragia é profusa, por não terem possibilidade de atuar os mecanismos habituais de hemostasia.

O procedimento de eleição é o esvaziamento uterino, realizado por manobras digitais ou instrumentais. Para manter o útero contraído e diminuir o sangramento, indicam-se ocitócitos durante e após o esvaziamento.

d) *Abortamento Completo*- o ovo é expulso totalmente, não ficando nenhuma estrutura fetal na cavidade uterina. O útero se retrai e o colo vai tendendo, a fechar-se; as características gravídicas vão desaparecendo e o sangramento vai diminuindo até parar. Neste caso o tratamento indicado é a curetagem para que se confirme o diagnóstico; se não indicarem a curetagem, a paciente deve ser observada por no mínimo 10 dias.

e) *Abortamento Retido*- recebe essa denominação a ocorrência de óbito intra - uterino do produto da concepção antes da 20ª semana de gestação, sem que ocorra contrações uterinas, havendo retenção do ovo morto durante um mês ou mais.

O útero não cresce mais, ao contrário, diminui, pela reabsorção de líquido; as mamas voltam à consistência pré-gravídica e os sinais fetais (batimentos cardíacos e movimentação ativa), se já presentes, desaparecem.

A confirmação do diagnóstico de óbito se dá por achados clínicos, dosagem de gonadotrofinas coriônicas, sinais radiológicos e ultra-sonografias. Confirmado o diagnóstico de óbito, a conduta ativa consistirá em esvaziamento uterino por curetagem.

f) *Abortamento Infectado*- é a infecção do útero e seu conteúdo, após quadro de abortamento evitável, completo ou retido. Geralmente conseqüente manobra abortivas que levam germes vaginais para a cavidade uterina. Pode ter outras bactérias, providas de material não esterilizado. O sangramento vaginal é fétido, o útero está aumentado e doloroso.

Uma vez feito o diagnóstico de infecção do conteúdo uterino é preciso manter inicialmente antibioticoterapia intensa e medidas de melhora no estado geral da paciente, indicando o esvaziamento uterino 48 horas após o início do tratamento, em vigência de antibioticoterapia intensa. Deve-se cuidar da hidratação da paciente e de eventuais administrações de plasma ou sangue total, quando indicadas.

4.1.2-Abortamento Habitual

Esta modalidade é classificada como uma patologia que consiste na repetição de três ou mais abortamentos consecutivos, podendo cada um deles apresentar um dos quadros clínicos já descritos.

Por muitos anos, diversos tratamentos para levar ao término a gestação em mulheres com abortamento habitual têm sido tentados, sem maior sucesso. Mas recentemente, vêm-se acumulando evidências de que a gravidez normal requer que o sistema imune da mãe reconheça e aceite o embrião e a futura placenta. O embrião é um tecido estranho à mãe, por seu componente paterno, e na gravidez normal surgem mecanismos que permitem que o útero aceite o embrião como próprio. A falha ou deficiência desse mecanismo levaria ao abortamento habitual. Dessa forma, o tratamento consiste em expor a mãe receber leucócitos do pai, de maneira semelhante às vacinas, para que o organismo materno “aprenda” a aceitar tecidos com características imunes do pai (Ribeiro,1999).

Investigam-se as patologias clínicas associadas, como o diabete, o hipertireoidismo, o hipotireoidismo e outras. Quando se encontram causas gerais de hipotireoidismo, por exemplo, o tratamento específico é de excelente resultado.

Resta no entanto, um importante contingente de pacientes com abortamento habitual, nas quais ainda não se conseguiu estabelecer a causa. Algumas destas pacientes, após uma série de abortamentos sem causa conhecida levam uma gestação avante.

4.1.3-Fatores de abortamento espontâneo

Estes podem ser analisados em dois grandes grupos:

a) Causas dependentes do feto

Dentre estas importam inicialmente os fatores gametogênicos masculino ou feminino; outra importante causa de abortamento são as aberrações cromossômicas dentre as quais vale ressaltar as trissomias, translocações e deleções cromossômicas.

Investigações recentes demonstram que a maioria dos abortamentos espontâneos ocorre por um tipo de malformação congênita que pode se verificar por transmissão de um gene alterado através de um dos gametas, mutação ou aberrações cromossômicas.

Os fatores genéticos são de grande importância nos abortamentos espontâneos, principalmente nos de repetição, chamados abortamentos habituais.

b) Causas dependentes da mãe

As causas maternas que levam ao abortamento são múltiplas, podendo ser sistematizadas em gerais e locais. Assim : Causas maternas gerais – tanto infecções agudas como crônicas podem levar ao abortamento. Dentre as infecções agudas mais freqüentes lembradas como causa de aborto estão as viroses (rubéola, hepatite e os herpes vírus), febre tifóide, pneumonia, toxoplasmose, brucelose e listeriose.

Das infecções crônicas a mais importante é sem dúvida a sífilis, pela maior liberação dos costumes sexuais e pelo descaso dos métodos por considerá-la doença do passado, ela vem tendo sua incidência aumentada nos últimos anos. Das hemopatias, as mais importantes são, a leucemia e as anemias severas.

Endocrinopatias (diabete, alterações de função tireóideas) podem ser causa de abortamento. As cardiopatias, bem como a hipertensão arterial, são causas circulatórias de abortamento, por levarem a deficiências da circulação útero-placenta.

Finalmente, citamos os fatores tóxicos que ganham importância na sociedade atual. O tabagismo, difundido largamente pela intoxicação nicótica, levam a alterações circulatórias; o alcoolismo e o consumo de drogas, além de intoxicação em si, freqüentemente são associadas à carência alimentar.

Causas maternas locais- as mais importantes são os vícios de conformação do útero. A hipoplasia – desenvolvimento insuficiente de um órgão – cuja história característica é de abortamento cada vez mais tardios, o útero bicornio e o útero septado são as mais comuns.

Os processos tumorais, dos quais o mais comum é o mioma uterino, deformam a cavidade e alteram a circulação local do útero. As insuficiências ístmicas, resultante de partos traumáticos anteriores ou de amputação do colo.

4.2- Abortamento Provocado

É a interrupção voluntária da gestação, com auxílio de medicamentos ou métodos cirúrgicos. Pode ser por indicações terapêuticas ou criminoso.

4.2.1- Abortamento Terapêutico

A indicação da interrupção pode ter bases legais sendo então denominado abortamento legal (aborto terapêutico). O abortamento terapêutico pode ser oferecido nas seguintes indicações clínicas: quando a continuação da gravidez pode ameaçar a vida da mãe ou prejudicar seriamente sua saúde; ao determinar se existe ou não esse risco para a saúde da mãe; quando a gravidez resultou de estupro ou incesto; quando a continuação da gravidez pode produzir o nascimento de uma criança com grande defeito físico ou retardo mental.

Quando trata-se de indicadores maternos pode-se dizer que, na maioria das complicações clínicas, o tratamento pode dirigir-se vantajosamente para a doença sem perturbar a gestação. Algumas doenças podem piorar pela gravidez; um pouco mais freqüentemente uma doença pode reduzir a função de um órgão de modo que não existam reservas para fazer face às demandas da gravidez e a uma doença de descompensação. Devem-se fazer consultas em todos os casos de aborto terapêutico, preferencialmente referida, afim de ajudar a avaliar a extensão e o risco da doença.

Quando trata-se de indicações fetais o diagnóstico pré-natal de distúrbios genéticos por meio da amniocentese transabdominal pode ser feito em muitos centros clínicos. As indicações para a amniocentese são as seguintes: um filho com Síndrome de Down; idade materna avançada; distrofia muscular; hemofilia; retardo mental ligado ao cromossomo X; hidrocefalia ligada ao cromossomo X; doença de Hunter; anencefalia; mielocèle. A rubéola no primeiro trimestre é prejudicial ao desenvolvimento do feto.

Através da amniocentese retira-se 20 ml de líquido amniótico, levam-se aproximadamente 3 a 4 semanas para a análise dos cromossomos e até mais tempo para os distúrbios bioquímicos. Quando se encontra um feto afetado, oferece-se a interrupção da gravidez da mãe.

4.2.2- Abortamento Criminoso

É aquele provocado por causas que não são legais, sendo a principal fonte de infecções e óbitos maternos, por ser praticado clandestinamente.

As principais técnicas são:

- a) *Dilatação e Corte* – uma faca em forma de foice, dilacera o corpo do feto que é retirado em pedaços.
- b) *Sucção no 1º Trimestre* – o abortamento por sucção pode ser feito até a 12ª semana após o último período menstrual. Pode ser feito com anestesia local ou geral. Com a local, a paciente toma uma injeção intramuscular de algum analgésico. Já na mesa de cirurgia faz-se um exame para determinar o tamanho e a posição do útero, depois lava-se a vagina com uma solução anti-séptica e se injeta o anestésico local no colo do útero. Se for anestesia geral, toma-se uma injeção intramuscular; inicia-se então uma infusão intravenosa, que adormece o paciente, e um anestésico geral por inalação é administrado através de uma máscara.

A partir daí o procedimento é o mesmo da anestesia geral e local: o colo do útero é imobilizado e lentamente dilatado por uma inserção de uma série de dilatadores cervicais. Depois é introduzida no útero a ponta de sucção, cujo tamanho está relacionado à quantidade de semanas de gestação. Liga-se esta ponta ao aparelho de sucção, no qual irão evacuar completamente os produtos da concepção. A sucção afrouxa delicadamente o tecido da parede uterina e aspira-o, provocando contrações do útero, o que diminui a perda de sangue. Com a anestesia local, usa-se uma injeção para contrair o útero o que pode causar náuseas e vômitos.

- c) *Curetagem* – deve ser feito até a 12ª semana. Abre-se o colo do útero com instrumentos de tamanho crescente até ser possível a passagem da cureta. A partir daí raspa-se o feto, placenta e as membranas.

Esse tipo de aborto é muito perigoso, pois pode ocorrer perfuramento da parede uterina, tendo sangramento abundante. Outro fator importante é que, pode ser tirado muito tecido do útero, causando a esterilidade.

- d) *Miniaborto* – é feito quando a mulher está há menos de 7 semanas sem menstruar. O médico faz um exame manual interno para determinar o tamanho e a posição do útero. Lava-se a vagina com uma solução anti-séptica, e com uma agulha fina anestesia-se o útero em três pontos, prende-se o órgão com um tipo de fórceps, chamado tentáculo e uma sonda de plástico fino e inflexível é

introduzida no útero. A esta sonda liga-se um aparelho de sucção e remove o endométrio e os produtos da concepção. A mulher que faz o miniaborto, depois da operação pode ter forte cólicas uterinas, náuseas, suor e reações de fraqueza, não pode ter relações sexuais e nem usar protetor uterino nas três ou quatro semanas seguintes para evitar complicações ou infecções.

e) *Aborto na “Zona Cinzenta”* – Zona cinzenta é o período de tempo que vai da 12ª à 16ª semana após a última menstruação. Fazer um aborto neste período é muito perigoso, pois o feto já está muito grande e existe pouco líquido amniótico.

f) *Amniocentese ou Envenenamento por sal* – é feito na 16ª à 24ª semana de gestação. O médico aplica anestesia local num ponto situado entre o umbigo e a vulva, o qual irá ultrapassar a parede do abdome, do útero e do âmnio (bolsa d’água). Com esta seringa, aspira-se o fluido amniótico, que será substituído por uma solução salina ou uma solução de prostaglandina. Após um prazo de 24 a 48 horas, por efeito das contrações, o feto é expulso pela vagina como num parto normal.

O risco apresentado neste tipo de aborto é a aplicação errada da anestesia e da solução injetada fora no âmnio, causando morte instantânea

g) *Microcesária ou Histerotomia* – é feito entre a 16ª e a 24ª semana de gestação. Há duas técnicas para fazer a microcesária: em uma é feito um corte no fundo da vagina, perto do colo do uterino, para ter acesso à parte inferior do útero, onde será feita uma incisão para retirar o feto pela abertura. Na outra, faz-se uma incisão no abdome, cortando a parte da frente do útero, por onde é retirado o bebê. É necessário o uso de anestesia geral, aumentando o risco deste tipo de aborto.

h) *Drogas e Plantas* – existem muitas substâncias que quando tomadas causam o abortamento. Todas essas substâncias devem ser tomadas em grande quantidade para que ocorra o abortamento. O risco de morrer é tão grande como o de abortar.

Existem certas técnicas praticadas pela própria paciente, tais como: introdução de corpos estranhos, são utilizados palitos de fósforo, grampos de cabelo, talos de couve,

catéteres vesicais. Este método, aliás bastante eficiente, leva a altíssimos índices de infecções pós-aborto, sendo a principal etiologia do aborto materno; duchas vaginais, constituem-se habitualmente em soluções saponáceas, aplicadas em fortes jatos sob pressão. A solução pode transpor a trompa, levando a peritonite química, com icterícia e insuficiência renal.

Vale ressaltar que o emprego de substâncias tóxicas pode acarretar eventuais complicações renais e hepáticas; as manobras intra-uterinas sugerem possíveis perfurações; a incapacidade técnica do “profissional” e de certos procedimentos apontam para agravantes infecciosos.

5 – AS FORMAS ESCONDIDAS DE ABORTO

No plano científico e social vai se delineando um fenômeno de grande preocupação que se fundamenta no uso de uma terminologia confusa e enganosa, ou seja, trata-se da tendência de mascarar o termo aborto com outros nomes para torná-lo mais discreto.

Na prática, refere-se a algumas técnicas recentes de controle de nascimentos, impropriamente chamadas contraceptuais, as quais não impedem o encontro entre os gametas, isto é, a fecundação como poderia fazer pensar o termo contraceptivo. Quem faz a propaganda dessas técnicas evita o máximo enquanto pode chamá-las abortivas. Elas são por isso chamadas interceptoras – interceptam o zigoto – , impedindo-o de se alojar, ou contragestórias, se impedem o prosseguimento da gravidez, quando o embrião já estiver implantado no útero.

As contragestórias ou abortivas hoje mais difundidas são: a pílula com baixo conteúdo de progesterona (minipílula); as injeções trimestrais e os implantes subcutâneos à base de progesterônicos ou estroprogesterônicos; a espiral DIU; a vacina anti-gonadotrofina coriônica humana (HCG); a assim chamada pílula do dia seguinte; as prostaglandinas e os remédios luteolíticos. O uso desses métodos não exige, na maioria dos casos, a hospitalização da mulher.

Uma das contragestórias ou abortivas mais enfoque nos dias atuais é a Mifepristona (RU-485). Trata-se de um medicamento neutralizador dos efeitos da progesterona, um

hormônio que, combinado com os receptores celulares existentes no útero, faz cessar as contrações, comuns aos períodos em que não há gravidez. A progesterona impede as contrações e oferece condições para que o ovo fecundado se fixe no útero. A Mifepristona, “entope” os receptores celulares, impedindo-os de se combinarem com a progesterona, desta forma, o processo de contração continua, interrompendo a gravidez (Barchifontaine & Pessine, 1994).

O uso da Mifepristona foi aprovado ano passado nos Estados Unidos, assim, devido este fato, é provável que sua entrada no Brasil seja facilitada e seu uso se torne clandestino, pois, como é indicada apenas para o aborto, que no Brasil é crime em vários casos, a posse de tal droga, induziria ou facilitaria tal crime (Vergara, 2001).

6 – PROCEDIMENTOS PÓS - ABORTO

A vigilância médica e de enfermagem deve ser tão rigorosa como no pós-parto, acompanhando-se o sangramento genital, temperatura, pulso, pressão arterial e estado geral da paciente.

Estas medidas são ainda mais importantes nos casos submetidos a curetagem, pelos riscos de perfuração e infecção, assim torna-se importante os tratamentos profiláticos antigangrenoso e antitetânico.

Quando o abortamento foi infectado, deve-se manter a antibioticoterapia nos 10 dias que se seguem, preferencialmente por via oral.

7 – DIREITO

No campo da discussão jurídica, o aborto é tema gerador de polêmicos debates e estudos. O aborto é um dos crimes que se apresenta com grande diversidade repressiva, determinada pelas modificações culturais ao longo do tempo, e dos espaços geo-políticos (Belo,1999). Assim seu conceito tem variado consideravelmente, até firmar-se e vir a

exprimir-se como o ato que interrompe o processo fisiológico da gestação, com a conseqüente morte do feto.

Rodrigues (1999), afirma que em todo mundo são realizados anualmente cerca de 33 milhões de abortos legais, mas esse número, pode dobrar se forem considerados os ilegais. Os dados de uma pesquisa exposta por ele, informam que, 76% da população mundial vive em lugares onde o aborto é permitido. E que, embora nos países em desenvolvimento – em sua maior parte – o aborto seja proibido, 67% de seus habitantes vivem onde ele é permitido apenas por razões de saúde.

Entretanto, observa-se que há uma tendência mundial a modificar as leis sobre o aborto. Atualmente, conclui-se que a tendência geral das legislações se desenvolve no sentido de atenuação da pena para a mulher que provoca ou consente que lhe provoque o aborto, e a imposição de penas mais severas aos terceiros – provocadores- (Belo,1999). Na verdade, embora cada um tenha sua opinião sobre o aborto, a legislação deve procurar servir a todos; e nem sempre todas as opiniões cabem a lei, o que acaba gerando atitudes de intolerância

Observa-se que aquele que normalmente se pune é o crime doloso, isto é, o que se caracteriza pela consciência e vontade do agente de interromper a gravidez e determinar a morte do feto, ou de agir assumindo o risco de produzir esse resultado.

8.0 – ABORTO NO BRASIL

Segundo menciona Belo (1999), quando trata-se dos direitos e deveres individuais, todo ser humano é uma pessoa e toda pessoa tem direito à vida, portanto, deve ser protegida pela lei a partir da sua concepção.

De acordo com Belo (1999) e Rodrigues (1999), a lei penal brasileira divide o crime do aborto da seguinte maneira.

8.1- Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Neste caso, a própria gestante é a agente, empregando meios capazes de provocar a morte ou a expulsão sem vida do “produto” da concepção. E também, pode a gestante permitir que outra pessoa o provoque. A pena vai de 1 (um) a 3 (três) anos de detenção.

8.2- Aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante

Neste caso, ou há uma manifestação da gestante contrária à prática do aborto, expressa em palavras ou atos, ou a gestante não exprime em qualquer sentido a sua vontade, o que pode ocorrer ainda se ela não tem consciência de que está sendo objeto de um processo de aborto, ou nem sequer conhece o seu estado de gravidez. A pena vai de 3 (três) a 10 (dez) anos de reclusão.

8.3- Aborto provocado por terceiros com o consentimento da gestante

É interessante observar neste caso que, a gestante que consente é punida com pena de detenção de 1 (um) a 3 (três) anos, e o agente provocador com pena de reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos. Esta pena é aplicada ao agente se, a gestante é menor de 14 (quatorze) anos, ou sofre problemas mentais, ou se o consentimento é obtido através de grandes ameaças, fraude ou violência.

8.4- Aborto qualificado

Trata-se de um aumento das penas descritas anteriormente em um terço, para o aborto provocado com ou sem o consentimento da gestante (ver, 8.2 e 8.3), como consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo caso a gestante venha a sofrer lesões corporais de natureza grave; e estas são duplicadas, se por qualquer dessas causas, ocorrer a morte da mesma.

É importante frisar que não existe o auto-aborto qualificado, ou seja, mesmo que a gestante sofra lesão corporal grave, não há punição pois, a legislação penal brasileira não pune a auto-lesão.

8.5- Abortos legais

Não constitui crime o aborto praticado por médico se:

- ✓ Não há outro meio de salvar a vida ou preservar a saúde da gestante

- ✓ Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal.

9 – O PERFIL DO ABORTO NO MUNDO

Como já foi mencionado anteriormente, o aborto é um assunto dilacerante em cada sociedade e sua prática vem crescendo assustadoramente, principalmente quando se trata da clandestinidade. Conforme exposto por Vergara (2001), estima-se que em cada 24 horas ocorram 137.000 abortos no mundo e cerca de 50 milhões a cada ano.

Já que tal assunto gera tantas opiniões, é interessante analisarmos como ele é visto em certos países, ou seja, em que país ou países o aborto é totalmente permitido ou proibido, ou ainda, se é permitido em parte, em quais circunstâncias. Para que tais informações sejam passadas de forma bem simples, foram organizadas na tabela 01 informações obtidas a partir de Belo (1999) e Vergara (2001).

Tabela 01-representação dos mais variados aspectos quanto a prática do aborto em alguns países do mundo; o símbolo utilizado, indica em quais situações o aborto é permitido em cada país

	<i>Chile</i>	<i>Irlanda</i>	<i>Brasil</i>	<i>Espanha</i>	<i>Japão</i>	<i>França</i>	<i>EUA</i>	<i>China</i>
Para salvar a vida da mãe	Não	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Para preservar a saúde da mãe	Não	Não	Não	✓	✓	✓	✓	✓
Para preservar a saúde mental da mãe	Não	Não	Não	✓	✓	✓	✓	✓
Quando tiver havido estupro	Não	Não	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Quando o feto for defeituoso	Não	Não	Não	✓	Não	✓	✓	✓
Razões sociais	Não	Não	Não	Não	✓	✓	✓	✓

ou socioeconômicas									
A pedido da mãe	Não	Não	Não	Não	Não	Não	✓	✓	
Taxa de aborto *	-	5,4	36	4,8	14,5	13,2	26,4	38,8	

* por 1.000 mulheres em idade fértil

CONCLUSÃO

Não existe uma solução fácil sobre o aborto. A criança sente desde o útero quando não é desejada, motivo pelo qual é importante que os pais tenham consciência de que, gerar um filho, acidentalmente ou não, mesmo que não chegue ao aborto, terá conseqüências sobre o bebê.

O aborto afeta a saúde tanto física quanto mental da mulher. Os métodos abortivos são, no mínimo, brutais. A mulher é submetida a uma experiência totalmente desagradável, trazendo-lhe traumas psicológicos e muitas vezes físicos.

A futura criança é privada do direito de nascer, sendo literalmente morta, uma vez que “ a vida se forma no momento da concepção”. É uma opinião respeitável, fundamentada em argumentos e, portanto, deve ser levada em conta.

Muitos avanços devem ser desenvolvidos no campo jurídico. As penas e a legitimação do aborto, quando crime ou não, são confusas. É uma questão que divide corações e mentes em todo o mundo. Estatisticamente, os países mais desenvolvidos

aceitam o aborto, enquanto os “atrasados” o rejeitam. Será que o impedimento a vida é uma questão que envolve poderes sócio-econômicos a nível mundial ?

Mas, uma coisa é certa, como o óvulo e o espermatozoíde são células vivas, que unidas formam o zigoto, o impedimento de sua sobrevivência é um ato de destruição de uma estrutura munida de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belo, W.R. 1999. *Aborto- considerações jurídicas e aspectos correlatos*. Editora Del Rey, Belo Horizonte. 155p
- Felippe, J. Jr. 1983. *Pronto Socorro- Fisiopatologia, Diagnóstico, Tratamento*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 965p
- Garcia S. M^a L. 1991. *Embriologia*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre. p46-47
- Mattingly. R. I. 1974. *Ginecologia Operatória*. 5^a ed. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 712p
- Mori M. 1997. *A moralidade do aborto: sacralidade da vida e novo papel da mulher*. Editora UNB, Brasília 102p.
- Papaleo C. C. 2000. *Aborto e Contracepção: atualidade e complexidade da questão*. 2^a ed. Editora: Renovar, Rio de Janeiro 483p.
- Pessine L. e Barchifontaine C. P. 1994. *Problemas atuais de Bioética*. 2^aed. Editora: Loyola, São Paulo
- Rezende J. 1974. *Obstetrícia*. 3^a ed. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro .
- Rodrigues P. D. 1999. *Aborto*. Editora Palpite, Belo Horizonte 224p
- Sgreccia E. 1996. *Manual de Bioética- Fundamentos e Ética Biomédica*. Editora Loyola, São Paulo. 686p
- Vergara. R. . 2001. *A pílula da discórdia*. Super Interessante 15(4):46-54.