



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

NATHÁLIA DE MORAES GONÇALVES

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ABORTO NO ANO 2009/2010 NA
CIDADE DE PALMITAL – SP**

ASSIS/SP

2010

NATHÁLIA DE MORAES GONÇALVES

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ABORTO NO ANO 2009/2010 NA
CIDADE DE PALMITAL – SP**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação.

Orientadora: Daniela Aparecida de Oliveira
Coco

ASSIS/SP

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves, Nathália de Moraes

Análise estatística do aborto no ano 2009/2010 na cidade de Palmital-SP / Nathália de Moraes Gonçalves. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA - Assis, 2010.

53 p.

Orientadora: Daniela Aparecida de Oliveira Coco

Trabalho de Conclusão do Curso. Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis.

1. Abordo 2. Prevalência 3. Enfermagem.

CDD 610
Biblioteca da FEMA

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DO ABORTO NO ANO 2009/2010 NA
CIDADE DE PALMITAL – SP**

NATHÁLIA DE MORAES GONÇALVES

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, com o requisito do Curso de Graduação.

Orientadora: Enf. Esp. Daniela Aparecida de Oliveira Coco

Analizador: Prof^a Dr^a Elizete Mello da Silva

ASSIS/SP

2010

Dedico este trabalho a todos que durante estes anos estiveram ao meu lado me incentivando, apoiando e torcendo por mais essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre esteve junto comigo e a minha frente me mostrando o melhor caminho a seguir.

À professora Daniela de Oliveira Coco, pela orientação e pelo constante estímulo transmitido durante o trabalho.

Aos meus amigos, que sempre estiveram comigo dividindo, confusões, emoções e vitórias. Vocês sempre estarão no meu coração.

A minha amiga Michele, que não importava quão dura ou alegre fosse a situação, sempre estava ao meu lado.

A minha amiga Tatiane, com quem compartilhei muitas risadas, lágrimas, angústias, felicidades e conquistas. Sem contar “Histórias de AVOA”.

A Prof^ª. Dr^ª. Elizete Mello da Silva, que com sua sutileza e tamanha doçura, sempre oferecia uma palavra de carinho para acalmar a situação, e nos dar força para seguir em frente.

Agradeço aos meus pais, Antonio que sempre me apoiou e sempre esteve ao meu lado me ajudando em todos os momentos, a minha mãe Marlene, que mesmo não estando presente neste plano com certeza torceu muito por mim de onde ela esta.

As minhas avós, que nas situações mais difíceis estavam comigo me acalmando.

Ao meu marido Fernando, pelo carinho e pela compreensão, me fazendo persistir nos momentos mais difíceis no processo deste trabalho.

Ao meu tio Maurício, à minha tia Viviani e minhas primas Ana Renata e Maria Fernanda, sempre presentes em todas as fases de minha vida.

Especialmente a minha Tia-Mãe, Marli, e minha prima Gabriela, que mesmo de longe olham por mim em todos os momentos de minha vida. Obrigada por fazerem parte dela!!

OBRIGADA!!!

Eterno é tudo aquilo que dura uma fração de segundo, mais com tamanha intensidade, que se petrifica e nenhuma força jamais o resgata.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Neste trabalho foram abordados a gravidez, o aborto e a saúde da mulher. Foi verificado neste estudo o número de abortos ocorrido no ano de 2009/20010 no município de Palmital-SP, onde foram analisados e categorizadas posteriormente pela pesquisadora. Preservando o nome e idade dos pesquisados, revelando apenas a quantidade de procedimentos ocorridos no município.

Palavras chaves: Aborto; Prevalência; Enfermagem

ABSTRACT

In this work we addressed the pregnancy, abortion and women's health. This study verified the number of abortions occurred in the year 2009/2010 in the city of Palmital-SP, which were later analyzed and categorized by the researcher. Preserving the name and age of respondents, revealing only the number of procedures occurred in the county.

Keywords: Abortion; Prevalence; Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)	32
Figura 2 - Feto abortado pelo método Karman.....	33
Figura 3 - Abortamento por curetagem	34
Figura 4 - Abortamento por sufocamento	35
Figura 5 - Índice de aborto registrado pelo hospital 12/2009 a 09/2010.....	42
Figura 6 - Índice de abortos segundo o Sis prenatal (Datusus)	43

LISTA DE SIGLAS

- AMIU-** Aspiração Manual Intra-Uterina
- COFEN-** Conselho Federal de Enfermagem
- COREN-** Conselho Regional de Enfermagem
- DATASUS-** Departamento de Informática do SUS
- DHEG-** Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
- DST-** Doença Sexualmente Transmissível
- ESF-** Equipe Saúde da Família
- FSH-** Hormônio Folículo Estimulante
- GnRH-** Hormônio Liberador de Gonadotrofina
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IBOPE-** Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
- NT-** Norma Técnica
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- ONG-** Organização Não Governamental
- SIAT-** Sistema de Informação de Agentes Teratogênicos
- SISPRENATAL-** Sistema de pré-natal do SUS
- SUS-** Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A GRAVIDEZ E SUAS MODIFICAÇÕES NO PERÍODO EMBRIONÁRIO AO NASCIMENTO	15
1.1 GESTACIONAIS.....	16
1.1.1 Primeira semana	16
1.1.2 Segunda semana	17
1.1.3 Terceira semana.....	18
1.1.4 Quarta à oitava semana – final do período embrionário	19
1.1.5 Nona semana de gestação ao nascimento – período fetal	20
2 EPIDEMIOLOGIA DA GRAVIDEZ E SAÚDE DA MULHER	21
3 ABORTO	23
3.1 ABORTO ESPONTÂNEO	23
3.1.1 Aborto espontâneo recorrente.....	24
3.1.2 Anomalias cromossômicas	24
3.1.3 Ginecopatias.....	25
3.1.4 Teratogênicos.....	26
3.1.5 Doenças cardiovasculares.....	27
3.1.6 Aborto séptico	28
3.2 ABORTO PROVOCADO	28
3.2.1 Métodos químicos	29
3.2.2 Métodos farmacológicos.....	30
3.2.3 Método indutivo	31
3.2.4 Métodos físicos	31
3.2.5 Métodos aspirativos	32
3.2.5.1 Aspiração manual intra-uterina (AMIU).....	32

3.2.5.2 Métodos Karman	33
3.2.5.3 Dilatação do colo uterino e curetagem.....	34
3.2.6 Sufocamento.....	35
4 CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO.....	36
5 O ABORTO E SUA LEGALIDADE NO BRASIL	37
6 A MULHER E O ABORTO.....	40
7 MATERIAIS E MÉTODOS	42
8 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	47

INTRODUÇÃO

Segundo Colle (1997) a gravidez normal na espécie humana é de 38 a 40 semanas. Até a 12^a semana de gestação, o produto da concepção humana chama-se embrião ao final do período embrionário, passa então denominar-se feto.

É neste período que, desde os primórdios de sua instalação, com o ovo apenas nidificado já provoca-se stress (hipotensão arterial, prostração, depressão do sistema nervoso, torpor, perturbações hormonais, neurovegetativas e da permeabilidade capilar, melanodermia) despertando, assim, a chamada “reação de alarme”, provocada pela exposição súbita da mulher ao agente estressante, e seu organismo, age de forma variada, não específica, e às vezes com manifestações de esgotamento, embora a resposta biológica seja homogênea e provavelmente dependente de impulsões psicológicas e hormonais. (REZENDE, 2000).

Fonseca et al. (1996) em artigo sobre as características médicas do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais de Fortaleza, foi reportado que a média das semanas gestacionais entre as mulheres que abortam era de 11,4 semanas.

A legislação brasileira não permite a realização deste procedimento, a não ser em duas condições excepcionais: quando a vida da gestante esta em risco por causa da gravidez ou em caso de estupro. Contudo, sabe-se que o aborto é praticado clandestinamente tanto por pessoas não habilitadas como por profissionais da saúde. As complicações de um aborto provocado são muitas e potencialmente graves, podendo levar até a morte. São frequentes os casos de hemorragias uterinas e infecções pélvicas provenientes de abortamentos provocados. A esterilidade também é uma complicação não rara das pelviperitonites secundárias a abortamentos. Outras consequências meléficas para a vida das adolescentes que são submetidas ao procedimento do aborto são os problemas psicológicos na questão do engravidar, de ser mãe e acabar com uma vida recém-concebida. As adolescentes que sofrem aborto provocado, muitas vezes se sentem culpadas por

estar praticando um ato ilícito e reprovado socialmente. Muitas adolescentes interrompem a gravidez sem o conhecimento da família, o que aumenta o sentimento de culpa e solidão. Sintomas depressivos como tristeza profunda, falta de prazer nas atividades antes prazerosas, anorexia, insônia geralmente estão nesses casos. No Brasil, as complicações do aborto provocado representam uma das principais causas de morte de mulheres jovens (BRASIL, 2002).

Com isso abordou-se nesta pesquisa a gravidez, com suas semanas de gestação, o aborto, seus métodos e leis que o envolvem e a saúde da mulher.

1 A GRAVIDEZ E SUAS MODIFICAÇÕES NO PERÍODO EMBRIONÁRIO AO NASCIMENTO

A gestação ou gravidez, segundo REZENDE (2000), caracteriza-se pela presença no organismo da mulher, de óvulo fecundado. É a definição que tudo abrange, vivo ou morto, transformado ou regenerado, colocado neste ou naquele ponto, fora ou dentro do aparelho genital. Para este episódio fisiológico da vida da mulher seu organismo é lentamente preparado e adaptado ao longo de modificações gerais e locais que levam a menina da puberdade à maturidade sexual. A duração da gravidez humana é de 10 meses lunares, 9 meses solares, 40 semanas, 280 dias, mas esta precisão é enganosa, dificilmente determinada sua duração exata, seu término e data do parto.

Referindo-se aos influxos hormonais originários do ovo em evolução, é indiscutível a manifestação de sua ação sobre todo o sistema endócrino, mais notáveis em certos órgãos como: hipófise e supra renais (RESENDE, 2000), contudo, Elkin et al. (2005), considera que a gravidez sem complicações é um estado de saúde e não de doença, porém contam como sintomas comuns da gravidez, que vão desaparecendo conforme as semanas gestacionais passam os seguintes: náuseas e vômitos; cansaço; dor nas costas; pirose; constipação; hemorroidas; leucorréia; câimbras nas pernas; varizes e edema. Tais sintomas poderiam estar associados a alguma doença e com isso, pessoas responsáveis pela atenção a maternidade, compartilham a responsabilidade de assegurar que a atenção efetiva seja não apenas conhecida, mas também disponível e acessível, podendo ser custeada por todas as gestantes.

Assim, durante o período a gestante sofrerá transformações hormonais, musculares, circulatórias e respiratórias de grande importância, para que seu corpo naturalmente possa se ajustar, para formar, desenvolver e acomodar seu bebê. Em algumas mulheres essas modificações podem trazer consequências que resultam em dor e limitações de suas atividades diárias, já que essas mudanças afetam o funcionamento habitual dos sistemas digestório, circulatório, nervoso e respiratório. Para o alívio desses sintomas, atualmente muitos obstetras acreditam, que quando

uma mulher faz algum tipo de exercício e são fisicamente ativas durante a gravidez, estarão menos propensas a terem dificuldades durante o trabalho de parto e o nascimento do bebê (LANDI et al., 2004).

1.1 GESTACIONAIS

1.1.1 Primeira semana

O desenvolvimento humano começa na fertilização, mas vários eventos importantes acontecem antes da ocorrência deste processo. O ovário produz ovócitos e os expete durante a ovulação, que são ciclos mensais que iniciam a partir da menarca e ocorrem durante todos os nãos reprodutivos. Estes ciclos envolvem atividade do hipotálamo, hipófise, ovários, tubas uterina, vagina e glândulas mamárias. O hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), estimula a liberação de dois hormônios que agem sobre os ovários: o hormônio folículo-estimulante (FSH), que estimula o desenvolvimento dos folículos ovarianos e produção de estrógeno pelas células foliculares, e o hormônio luteinizante (LH) que funciona como desencadeador da ovulação, estimulando as células foliculares e o coro lúteo a produzirem progesterona e são esses hormônios que induzem o crescimento do endométrio. Os espermatozóides são produzidos nos túbulos seminíferos do testículo e armazenados no epidídimo; durante a ejaculação, várias centenas destes passam pelo útero e penetram nas tubas uterinas e alguns deles circundam o ovócito secundário, quando está presente (MOORE, 2000).

Ziegel e Cranley (1985), afirmam que o desenvolvimento do feto e estruturas anexais vitais à sua existência intra-uterina inicia-se com uma única célula, resultado da fusão do óvulo com espermatozóide, geralmente acontecendo na ampola da tuba uterina. A nova célula chamada zigoto, carrega todos os traços e características das células progenitoras. Assim, Moore (1990) explica que após esta união, inicia-se um série de divisões mitóticas do zigoto, que termina com a união dos dois pro núcleos, e os cromossomos maternos e paternos se embaralham durante a metáfase da

primeira divisão mitótica do zigoto, a célula inicial do ser humano. Ao avançar pela tuba uterina em direção ao útero, o zigoto sofre a clivagem que dará origem a umas células menores, denominadas blastômeros e cerca de três dias após a fertilização, uma bola com doze ou mais blastômeros, a mórula, penetra no útero. Forma-se então uma cavidade na mórula, convertendo-a em blastocisto que ao fim da primeira semana está superficialmente implantando no endométrio, denominado então, segundo Azevedo et al. (2005), o início do desenvolvimento embrionário.

E Early Pregnancy Factor (EPF) ou hormônio coriônico, uma proteína imunossupressora secretada pelas células trofoblásticas, aparece no sangue materno de 24 a 48 horas após a fertilização e é com a presença dele que são realizados testes de gravidez usado durante os primeiros dez dias de desenvolvimento (ARALDI; ARMILIATO, 2005).

1.1.2 Segunda semana

Por volta do sétimo dia depois da fertilização o blastocisto adere a superfície do endométrio e começa a se implantar e o trofoblasto diferencia-se em duas camadas, o sinciciotrofoblasto e o citotrofoblasto, que fazem a erosão do tecido endometrial, e o blastocisto inicia sua penetração no endométrio. A implantação depende de modificações vasculares e do poder das células trofoblásticas ao redor do blastocisto para produzir as enzimas proteolíticas que auxiliam na erosão e penetração do tecido (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Ao final da adesão ao endométrio uma falha no seu epitélio é feita, sendo preenchida por um tampão que irá reconstituí-lo e esta falha gradualmente irá desaparecendo. Há também o aparecimento de lacunas cheias de sangue no sinciciotrofoblasto, e futuramente irão fundir-se formando redes. Alguns vasos sanguíneos do endométrio são erodidos pelo sinciciotrofoblasto, o que permite que o sangue materno entre em contato com as redes de lacuna, estabelecendo uma circulação uteroplacentária primitiva, além do início de formações de vilosidades coriônicas primárias. Essas transformações no tecido endometrial são chamadas de reação da decídua (MOORE, 2000).

A rápida proliferação e diferenciação do trofoblasto, uma delgada camada externa de células que posteriormente formará estruturas extra-embrionárias e a parte embrionária da placenta, são características importantes da segunda semana gestacional e é nesta fase que forma-se o saco vitelino primário e o mesoderma extra-embrionário surge do saco vitelino. O celoma extra-embrionário forma-se de espaços que se desenvolvem no mesoderma extra-embrionário, que mais tarde, se tornará a cavidade coriônica. O saco vitelino diminui e desaparece com a formação do saco vitelino definitivo. A cavidade amniótica aparece como um espaço entre o citotrofoblasto e a massa celular interna, que diferencia-se em um disco embrionário bilaminar constituído pelo epiblasto, voltado para a cavidade amniótica, e o hipoblasto, adjacente à cavidade blastocística e a placa precordial, importante organizador da região da cabeça, se desenvolve como um espessamento localizado do hipoblasto, que indica a futura região cefálica do embrião e do futuro local da boca.

Ao término da segunda semana o blastocisto penetra completamente o endotélio, quando este não está bem reepitelizado em algumas mulheres é observado uma pequena perda de sangue. Como esta data coincide aproximadamente com o 28º dia do ciclo menstrual, pode induzir ao erro no cálculo de idade gestacional. Quanto ao trofoblasto, as pregas de sinciciotrofoblasto primitivo continuam a ser invadidas por citotrofoblasto primitivo formando as vilosidades primárias (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

1.1.3 Terceira semana

De acordo com Araldi e Armiliato (2005), na terceira semana gestacional, dá-se início à gastrulação, que consiste na formação da gástrula a partir do recurvamento do disco embrionário, situado dentro do blastocisto. O disco embrionário bilaminar é convertido em um disco embrionário trilaminar. A gastrulação é o início da morfogênese. Cada uma das três camadas germinativas, ectoderma, origem do cérebro e medula, retina, neuro-hipófise, gânglios, nervos cranianos e sensitivos, medula da supra-renal, células pigmentares, epiderme,

pelos, unhas, esmalte dentário,, glândulas cutâneas e mamárias, todo lobo anterior da hipófise, ouvido interno, cristalino, mesoderma, que dá origem ao tecido cartilaginoso e ósseo, tecido muscular, tecido conjuntivo, sistema urogenital, tecido hematopoiético, sistema cardiovascular e linfático, baço e córtex da adrenal e dentina; e endoderma origem do trato digestivo, fígado, pâncreas, bexiga urinária, sistema respiratório, derivados epiteliais da faringe, cavidade timpânica, amígdalas, timo, paratireóides, derivados epiteliais da tireóide.

Nesta fase há também a formação da linha primitiva, notocorda, tubo neural, crista neural, somitos, celoma intra-embrionário, término da formação das vilosidades coriônicas e a formação dos vasos sanguíneos e do sangue fetal (MOORE, 2000)

1.1.4 Quarta à oitava semana – final do período embrionário

É na quarta semana gestacional que se dá o início do desenvolvimento de órgãos e sistemas corporais, um período de crescimento rápido e de notáveis alterações na forma corporal (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

No início dela, o disco embrionário achatado converte-se em um embrião cilíndrico e a formação da cabeça, cauda e pregas laterais é uma sequência de eventos que leva a uma constrição entre o embrião e o saco vitelino. Neste dobramento, o saco vitelino é incorporado ao embrião dando origem ao intestino primitivo, dividido em anterior, posterior e médio. Durante o dobramento do plano horizontal, formam-se os primórdios das paredes laterais e ventral do corpo, que ao expandir-se, o âmnio envolve o pedículo do embrião, o pedículo vitelino e alantóide, formando desta maneira o revestimento do cordão umbilical. As três camadas germinativas, endoderma, ectoderma e mesoderma, se diferenciam nos vários tecidos e órgãos estabelecendo assim no final do período embrionário o princípio de todos os principais sistemas. O aspecto externo do embrião é influenciado pela formação do encéfalo, coração, fígado, somitos, membros, orelhas, nariz e olhos e com o desenvolvimento destas estruturas, no final da oitava semana, ele tem

características humanas, sendo assim o período mais crítico do desenvolvimento (MOORE, 2000).

1.1.5 Nona semana de gestação ao nascimento – período fetal

A maior característica desta fase é o rápido crescimento do feto e da diferenciação dos seus tecidos e sistemas. Uma grande mudança é a diminuição do crescimento da cabeça em relação ao corpo. Na 20ª semana gestacional aparecem os cabelos, lanugem e a pele é coberta por vernix caseosa e com cerca de 26 semanas, as pálpebras começam a se abrir. Até a 30ª semana, o feto possui aspecto rosado e envelhecido devido a ausência de gordura subcutânea, que é formada rapidamente nas últimas 6 a 8 semanas, que é o período dedicado ao desenvolvimento dos tecidos e principalmente a preparação dos sistemas cardiovasculares e respiratórios (MOORE, 2000).

2 EPIDEMIOLOGIA DA GRAVIDEZ E SAÚDE DA MULHER

Brandão et al. (2006) explicam que atualmente, mesmo considerando a diversidade das condições de existência juvenil no Brasil, existe um cenário cultural novo que influencia a transição à vida adulta e eles são: difusão de novas tecnologias de informação, hábitos de consumo, valores individualistas, violência urbana, desagregação dos laços sociais e familiares entre outros. A juventude atual possui perspectivas diversas com a educação, o mercado de trabalho, a violência, a participação política; e estas perspectivas ajudam a contextualizar essa fase de vida, na qual a sexualidade e reprodução se inserem. E Fiewski (2002) confirma que os maiores riscos obstétricos são: idade precoce, baixa escolaridade e renda familiar, desemprego e situação conjugal instável.

Engravidar antes dos 19 anos décadas atrás, não se constituía em assunto de ordem pública. As alterações no padrão de fecundidade da população feminina brasileira, as redefinições na posição social da mulher, gerando novas expectativas para as jovens referente a escolarização e profissionalização e o fato da maioria destes nascimentos ocorrer fora de uma relação conjugal, despertam atenção para o fato (BRANDÃO 2006).

De acordo com Soares e Martins (2006), as mulheres de baixa renda e pouca escolaridade principalmente das periferias dos centros urbanos, são as maiores vítimas da mortalidade materna justificada por suas condições de vida, saúde e acesso a serviços de qualidade, especialmente na fase reprodutiva o planejamento familiar não constitui questão simples em lugar algum, contudo em países periféricos, essas dificuldades são ainda maiores, portanto a prática da indução de abortamentos tem aumentado em muitos países pobres em cerca de 52% do total de mortes entre as mulheres.

A tendência decrescente da mortalidade por aborto no Brasil é promissora, apesar dos vários fatores possivelmente implicados não indicarem necessariamente esta situação melhor as saúde no país, podendo ser consequência da melhoria das condições técnicas de realização de abortamento, reduzindo a letalidade. Isso,

entretanto, não está provado, uma vez que o aborto continua sendo um crime em todas as regiões brasileiras e é praticado clandestinamente. Avanços na qualidade dos abortamentos ilegais teriam certamente contribuído para a diminuição das taxas de hospitalização, já que geralmente ocorrem devido a complicações secundárias à inexistência dos que executam e a falta de estrutura e equipamentos adequados. Uma piora na qualidade da notificação de óbitos também poderia ter provocado um comportamento como apresentado nos resultados. Porém, tal explicação é improvável, pois o SUS tem conseguido avanços no campo de informações em saúde. Uma possibilidade que não pode ser desprezada é a de que os médicos ainda têm dificuldades na seleção da causa básica dos óbitos, particularmente em caso de doenças relacionadas a práticas ilegais, o que, sem dúvida, implica em certos obstáculos à coleta de uma anamnese. Assim o aborto é um problema social e político, com envolvimento de aspectos econômicos, educacionais e religiosos, mas que frequentemente se apresenta como uma questão do setor da saúde (LIMA, 2000).

Correia (2007), em uma matéria do Jornal do Brasil de 31 de Maio de 2007, aponta que em um estudo divulgado pela Federação Internacional de Planejamento Familiar, 70 mil mulheres morrem no mundo a cada ano, decorrente de abortos e nenhuma dessas mortes ocorre em países onde o procedimento é legalizado. Neste estudo, foi observado que as maiores vítimas são as mulheres pobres e jovens, por não terem acesso ao aborto seguro já que mais de 96% dos abortos são realizados nos países mais pobres do mundo, e 17% destes são realizados na América Latina. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, apresentados na matéria, 63% das mortes maternas são registradas no nordeste e cerca de 9,5% destas, estão diretamente ligadas a prática de abortos forçados. Para o secretário-executivo da ONG Bem-Estar-Familiar no Brasil, esses números subestimam o real tamanho do problema de mortes por aborto no país, pois as ocorrências de infecção generalizada e hemorragia, citadas como causa de morte nas certidões de óbitos de mulheres, escondem o principal motivo da morte, as complicações de um aborto inseguro, estimando um número de 3 vezes maior.

3 ABORTO

Para o aborto, existem diferentes conceitos em várias literaturas. REZENDE (2000), explica que o aborto é a expulsão do ovo antes da sua vitabilidade e cita que a Organização Mundial de Saúde (OMS) explica como ser a expulsão ou a extração de concepto pesando menos de 500g o que equivalem a 20 ou 22 semanas completas (140 a 154 dias de gestação). Leoncini apud Cruz (2206) define aborto como “a interrupção da gravidez antes do termo normal, com morte do produto da concepção, emnexo de causa e efeito”.

Leite (2005) afirma que o aborto é a interrupção da gravidez pela morte do feto ou embrião, junto com os anexos ovulares durante qualquer momento da etapa que vai desde a fecundação até o momento prévio ao nascimento podendo ser classificado em espontâneo ou provocado.

3.1 ABORTO ESPONTÂNEO

Também pode ser chamado de aborto involuntário ou “falso parto”, classificado como a perda do embrião antes da vigésima semana de gestação, quando o feto não tem condições de sobreviver fora do útero materno. Calcula-se que 25% das gestações terminam em aborto espontâneo, sendo que $\frac{3}{4}$ ocorrem nos três primeiros meses de gravidez (LEITE, 2005).

Soares e Chaves (2007), afirmam que este tipo de abortamento ocorre quando há anormalidades no feto que tornam a sobrevivência impossível, devido à doenças sistêmicas (DHEG, diabetes gestacional), desequilíbrio hormonal ou anormalidades anatômicas da gestante.

Ocorre quando uma gravidez que está se desenvolvendo normalmente termina de maneira involuntária, ou seja, a morte fetal é acidental, decorrente de alguma anomalia ou disfunção não prevista nem desejada pela mãe. O aborto espontâneo classifica-se em dois tipos: o aborto iminente é uma ameaça de aborto,

onde a mulher tem um leve sangramento seguido de dores nas costas e outras parecidas como as cólicas menstruais; e o aborto inevitável que é quando se tem a dilatação do útero para expulsão do conteúdo seguido de fortes dores e hemorragia. O aborto inevitável é dividido em incompleto, quando ocorre depois da saída dos coágulos a saída do restante do conteúdo uterino e o aborto preso ou retido que é quando o ovo morre, ou não é expelido (LEITE 2005).

Cerca de 50% das ocorrências de abortos espontâneos se devem a presença de alguma anomalia cromossômica fetal. Outra causa possível é a infecção de órgãos genitais maternos ou ginecopatias (endométrio atrófico, insuficiência estrogênica, curetagens muito profundas, etc.); a exposição do feto a substâncias ou outros fatores teratogênicos, sobretudo no primeiro trimestre gestacional (álcool, cafeína, tabaco, determinados fármacos, a radiação, etc.); o exercício físico muito intenso após o momento da implantação do óvulo; traumatismo grave, e até certas características psicológicas maternas. Existem outros fatores que também se associam com o aborto espontâneo, entre eles os antecedentes maternos de perda fetal e a idade da mãe no momento da concepção além das doenças cardiovasculares e o aborto séptico (MELSON, 2002).

3.1.1 Aborto espontâneo recorrente

Barini et al. (2000), afirmam que aborto espontâneo recorrente é a ocorrência de três ou mais abortos sucessivos espontâneos, o que relativamente é comum e que representa um desgaste emocional na vida da mulher, se aplica também quando se observam dois abortos em pacientes com idade superior a 35 anos.

3.1.2 Anomalias cromossômicas

Os abortos ocorridos por anomalias cromossômicas, geralmente são translocações balanceadas, quando dois cromossomos sofrem quebras e há a junção de um seguimento cromossômico a uma região fraturada de outro, ou

aneuploidias, que são os cromossomos ausentes ou adicionais, ou seja, que não contem um múltiplo do número haploide de 23 cromossomos (VIEIRA; CHAVES, 2003).

Esses casos devem ser identificados porque não só envolvem uma alta taxa de recorrência de perdas fetais como também um risco aumentado de nascimentos de nativos com aberrações cromossômicas, devido ao fato de que indivíduos portadores de translocações balanceadas podem produzir diferentes gametas anormais, sendo que em alguns casos há cromossomopatia vai ser compatível com a sobrevivência a termo (PENA, 2005).

O mosaicismos cromossômico de baixo grau em 12,7% dos casais com duas ou mais perdas fetais. Esta anormalidade genética é a coexistência de duas linhagens celulares de diferentes constituições cromossômicas no mesmo indivíduo sendo chamado de baixo grau por envolver menos de 10% das células anormais entre uma maioria de células normais e, na vasta maioria, envolvia apenas os cromossomos sexuais, o que sugere que eles possam não estar causalmente relacionados com as perdas fetais. O gene do mosaicismos foi encontrado na mulher em 93% dos casais e em apenas 11% no homem (PENA, 2005).

3.1.3 Ginecopatias

Dentre as ginecopatias as quais podem causar abortamentos estão as doenças de endométrio e decídua basal como, por exemplo: endométrio atrófico, que pode ser causado por: insuficiência estrogênica, curetagens muito profundas, sequelas de endometrites, anticoncepcionais, etc. Endométrio hiperplásico, endométrio não secretor (ciclos anovulatórios) ou misto (insuficiência de corpo lúteo) o que causa esterilidade ou dificuldade na implantação e continuidade da gestação. As malformações uterinas, também levam ao aborto espontâneo e geralmente são assintomáticas, além das distopias uterinas (prolapsos) e os miomas, que são fatores que levam a sérios riscos para o abortamento (REZENDE, 2000). Há a incontinência do colo uterino, insuficiência de desenvolvimento uterino, fibroma, infecções do embrião e de seus anexos (LEITE, 2005).

3.1.4 Teratogênicos

Constituem de agentes ambientais, químicos, físicos e biológicos, que podem causar anormalidades obstétricas e/ou fetais. (EMBIRUÇU et al., 2005). A ação destes agentes sobre o embrião ou feto em desenvolvimento depende de diversos fatores: estágio de desenvolvimento do conceito, relação entre dose e efeito, genótipo materno fetal, e mecanismo patogênico específico de cada agente (FACCINI et al., 2002).

A tabela 1 mostra alguns produtos que afetam a gestação e alguns mitos em que a população ainda acredita, além de cuidados com a gravidez. Foi elaborado pelo SIAT (Sistema de Informação de Agentes Teratogênicos), pelo departamento de genética da Universidade Federal do rio grande do Sul e do Hospital das Clínicas de porto Alegre.

Com que produtos devo ter cuidado?

PRODUTOS	COMO AFETAM A MIM E O MEU BEBÊ?
ÁLCOOL	<ul style="list-style-type: none"> _ É desaconselhável ingerir qualquer quantidade de bebida alcoólica durante toda a gestação. _ o álcool pode afetar o desenvolvimento do bebê de varias formas (tanto físico quanto mental).
CAFEÍNA	<ul style="list-style-type: none"> _ Quantidades pequenas (inferiores a três xícaras) não apresentar risco, mas é aconselhável restringir sua ingestão.
CIGARRO	<ul style="list-style-type: none"> _ Os componentes do cigarro podem prejudicar o desenvolvimento do feto. _ fumo aumenta o risco de baixo peso ao nascer, aborto e parto prematuro. _ Fumar é contra-indicado para gestantes. _ gestantes devem também evitar contato com fumantes (fumo passivo).
TINTURAS DE CABELO E PERMANENTE	<ul style="list-style-type: none"> _ O uso ocasional destes produtos, conforme as instruções é seguro. _ Aconselha-se usá-los em local bem ventilado. _ Preferir produtos naturais.

PRODUTOS DE LIMPEZA	<ul style="list-style-type: none"> _ Use os produtos em local bem ventilado e com equipamentos de proteção adequados (luvas). _ Não use produtos de uso industrial em casa. _ Se você se sentir mal enquanto faz a limpeza, pare. Procure seu médico.
TINTAS	<ul style="list-style-type: none"> _ Use tintas látex (solúveis em água) em locais bem ventilados e com proteção (máscaras e luvas). _ Não use tintas a óleo. _ se você se sentir mal enquanto pinta, procure seu médico.
REPELENTE	<ul style="list-style-type: none"> _ Leia o rótulo dos produtos e procure sair com menos de 50% de DEET. _ Prefira produtos à base de citronela.
INCETICIDAS/DEDETIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> _ Para uso caseiro, permaneça fora de casa o dobro ou o triplo do tempo recomendado pelo fabricante após a aplicação.
SUBSTITUTO AÇUCARES ADOÇANTES	DE POR <ul style="list-style-type: none"> _ Quantidades moderadas de adoçantes artificiais à base de aspartame não parecem apresentar riscos.

Tabela 1 – Teratógenos que afetam diretamente a gravidez e os mitos que envolvem, 2007 (In: GRAVIDEZ SEGURA. Disponível em: <http://gravidezsegura.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=3>)

Outro fator teratogênico segundo Melson (2002) são os traumas que causam abortamento com maior frequência, pois são provocados pelas mulheres. Entre os traumatismos de maior frequência estão: carregar peso excessivo; subir escada; caminhadas; viagens; danças e esportes; emoções; quedas e lavagem vaginal.

3.1.5 Doenças cardiovasculares

A cardiopatia descompensada é a doença cardiovascular que mais causa abortamentos, pois pela anoxia provocada o aporte de oxigênio do ovo é prejudicado causando sua morte. É agravado quando a gestante está desnutrida acentuadamente, é portadora de anemias profundas, obesa, em fase adiantada de processos neoplásicos ou degenerativos e quando possui graves infecções crônicas.

Suas manifestações clínicas estão: taquicardia, taquipnéia, hipotensão, inquietude e febre. Alguns exemplos de doenças cardiovasculares que podem provocar o aborto são: DHEG, hipertensão arterial descompensada e síndrome de HELLP (REZENDE, 2002).

3.1.6 Aborto séptico

A OMS estima que 25 a 50% dos 500.000 óbitos maternos que ocorrem todos os anos no mundo são consequência do aborto ilegal e estes óbitos resultam na maioria dos casos de septicemia. O aborto séptico, é um tipo de aborto associado a infecção e caracterizado por febre, endometrite e parametrite, sendo sua morbidade e mortalidade pouco observadas em países onde o aborto induzido é legal, entretanto, as complicações são mais frequentes em países periféricos e por isto, é considerado um grave problema de saúde pública. Naqueles onde o abortamento induzido é ilegal, as mulheres com baixo nível socioeconômico são as que sofrem maiores consequências deste tipo de aborto. Existem casos em que a antibioticoterapia não apresenta bom resultado e a paciente evolui para sepse e insuficiência renal aguda, onde a histerectomia é indicada, contudo, é um recurso extremo no tratamento séptico (MURTA et al. 2001).

3.2 ABORTO PROVOCADO

Segundo Leite (2005) é a interrupção deliberada da gravidez; pela extração do feto da cavidade uterina de forma doméstica, química ou cirúrgica.

Segundo Menezes et al. (2006), é a maior causa de morbidade e mortalidade materna, envolvendo altos custos no tratamento de suas complicações. Na juventude esta é uma questão difícil de ser admitida quando é envolta por questões morais e religiosas principalmente em países onde, como no Brasil, que é uma prática ilegal. Os fatores associados ao abortamento na primeira gravidez estão localizados em vários níveis, com semelhanças e diferenças entre homens e

mulheres. Para ambos, além da importância da escolaridade, a natureza e o grau de legitimidade da relação com o parceiro são elementos que se enquadram no cenário desejado para a chegada de uma criança. A probabilidade de um aborto aumenta entre as meninas, no caso de um término ou instabilidade de relacionamento, e para os rapazes, no caso de uma gravidez com uma parceira ocasional.

Para provocar um aborto são utilizadas técnicas, sendo as mais conhecidas: sucção ou aspiração; dilatação e curetagem; drogas como prostaglandinas e plantas; injeção de soluções salinas; pílula RU-486.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2005 intitulada, “Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” instrui os hospitais do Sistema Único de Saúde quanto aos métodos e técnicas de abortamento em gestações de até 20 semanas, que tenham sido geradas por estupro, violência que segundo a própria NT é uma das principais causas de morbimortalidade especialmente da população jovem. Com isso, as leis brasileiras são claras quando não se admite que a gravidez, proveniente de relação sexual consciente e desejada, aponte agressão à mulher, de modo a justificar o aborto, “a pretexto de legítima defesa putativa da honra” (DAVINI et al., 2005).

Monteiro e Adesse (2006), em trabalho estimando o aborto induzido no Brasil e grandes regiões, afirmam que apesar da queda no risco de abortamento induzido, ele é ainda alto no Brasil, e apresenta diferenças regionais importantes em consequência da baixa utilização de medidas anticoncepcionais nas regiões Norte e Nordeste.

3.2.1 Métodos químicos

Segundo Davini et al. (2005) não existem substâncias químicas especificamente abortivas, mas sim algumas substâncias inorgânicas como o fósforo, arsênico e mercúrio ou orgânicas, como o princípio ativo de algumas plantas, que podem matar o produto da concepção com perigosa intoxicação das gestantes.

Outras substâncias potencialmente abortivas são: antimônio, chumbo, cobre, ferro e vários ácidos e sais. As plantas são: absinto, losna, abutéia, alecrim, algodaro, arruda, cipómil-homens, esperradura e várias ervas amargas (LEITE; PAUMGARTTEN; KOIFMAN, 2003).

3.2.2 Métodos farmacológicos

Os fármacos são utilizados por alguns médicos e as chamadas prostaglandinas, provocam o aborto em qualquer fase da gestação, pois determinam a contração da musculatura lisa do segmento superior do miométrio, provocando a expulsão do conceito quando injetadas endovenosamente, determinando o abortamento precoce na mulher (DAVINI et al., 2005). Associado ao uso das prostaglandinas, a RU-486 ou Mifeprestona como explica Diamond (2007) sendo uma das novas classes de droga, tem função de bloquear os órgãos receptores de vários hormônios principalmente na progesterona, que tem por finalidade manter o endométrio em condições apropriadas de desenvolver o feto. Com a RU-486, a progesterona é bloqueada e o endométrio não é mais capaz de alimentar o conceito que morre e é expelido da cavidade uterina. Quando tomada para induzir o aborto nas primeiras semanas, a RU-486 é eficaz em 60% das vezes; combinada com prostaglandina, sua eficácia se eleva para 80%.

Porem de acordo com a NT “Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência sexual contra Mulheres e Adolescentes” alternativas como a mifepristona (RU-486) e outros métodos de abortamento farmacológico não estão disponíveis para uso no Brasil (BRASIL, 2007).

Outro exemplo muito conhecido é o misoprostol, que é utilizado em grande parte dos abortos provocados, mas seu uso exclusivo é em fetos com idade gestacional de 13 a 20 semanas de acordo com a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência sexual contra Mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 2005). A interrupção da gravidez se dá mediante a indução prévia com misoprostol na dose de 100 a 200 mg no fundo do útero a cada 6 horas. Pode ser associado ao uso de misoprostol oral ou ocitocina endovenosa. Deve-se considerar

um risco de sangramento excessivo, que varia de 3 a 5% nos casos de interrupção de gravidez neste período.

3.2.3 Método indutivo

Olinto e Moreira-Filho (2006) explicam que o aborto induzido é um sério problema de saúde pública que ficou um longo período livre dos debates nos diversos segmentos da sociedade e principalmente das decisões políticas neste país e embora existam vários estudos sobre o aborto induzido, ainda são poucos os que utilizam amostras representativas, de base populacional e que visem a identificar fatores de risco, especialmente no contexto da ilegalidade.

Leite (2005) explica que é o método realizado entre a 16^a a 24^a semana gestacional e consiste na punção da cavidade uterina para extração de líquido amniótico. Davini et al. (2005), o detalham do seguinte modo:

Após a retirada do líquido, o abortador injeta, com seringa hipodérmica, um volume igual ao retirado desde que não exceda 200 ml, de solução glicosada a 50% ou de cloreto de sódio a 20% variando tempo médio desde a injeção até a ocorrência de aborto é de 36,5 horas, com limites entre 7 a 114 horas.

3.2.4 Métodos físicos

Os meios mecânicos são muito variados e mais frequentes em camadas sociais mais baixas e são representados pela introdução de lâminas, agulhas de tricô, sondas intrauterinas, além dos traumatismos violentos aplicados diretamente sobre o abdômen grávido, ou em outras regiões do corpo, até extragenitais, podendo provocar a interrupção da gravidez. Não é raro, resultarem em abortos incompletos que exigem curetagem uterina, posteriormente realizada por médico em ambiente hospitalar, para remoção de restos embrionários e placentários (DAVINI et al., 2005).

3.2.5 Métodos aspirativos

3.2.5.1 Aspiração manual intra-uterina (AMIU)

É realizada até 12 semanas de gestação e conforme instrução da NT “Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual contra mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 2005), a AMIU compreende quase 95% dos abortos realizados nos países desenvolvidos e é composto por um jogo de cânulas plásticas flexíveis de tamanhos que variam de 4 a 12mm de diâmetro, além de um jogo de dilatadores anatómicos nos mesmos diâmetros (4 a 12 mm), seringas de vácuo com capacidade para 60 ml e um jogo de adaptadores para conectar a cânula à seringa. A técnica consiste em dilatar o colo uterino até que fique compatível com a idade gestacional, introduz-se a cânula correspondente e procede a aspiração da cavidade uterina, dilacera o feto, a placenta e todos os anexos. Em seguida é introduzindo uma pinça para extrair o crânio, que costuma não sair pelo tubo de sucção (LEITE, 2005).



Figura 1 – Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) (In: PRÓ-VIDA DE ANÁPOLIS. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/desafio.htm>>)

3.2.5.2 Métodos Karman

Consiste na aspiração do feto por pressão negativa, pela introdução de uma cânula, após a dilatação do colo do útero com velas seriadas de Hegar, conectada a um recipiente, ao qual se adapta uma seringa hipodérmica para fazer vácuo; ou, então, utiliza-se a aspiração elétrica da pressão regulada, com uma bomba aspirante e um manômetro controlado (DAVINI et al., 2005).

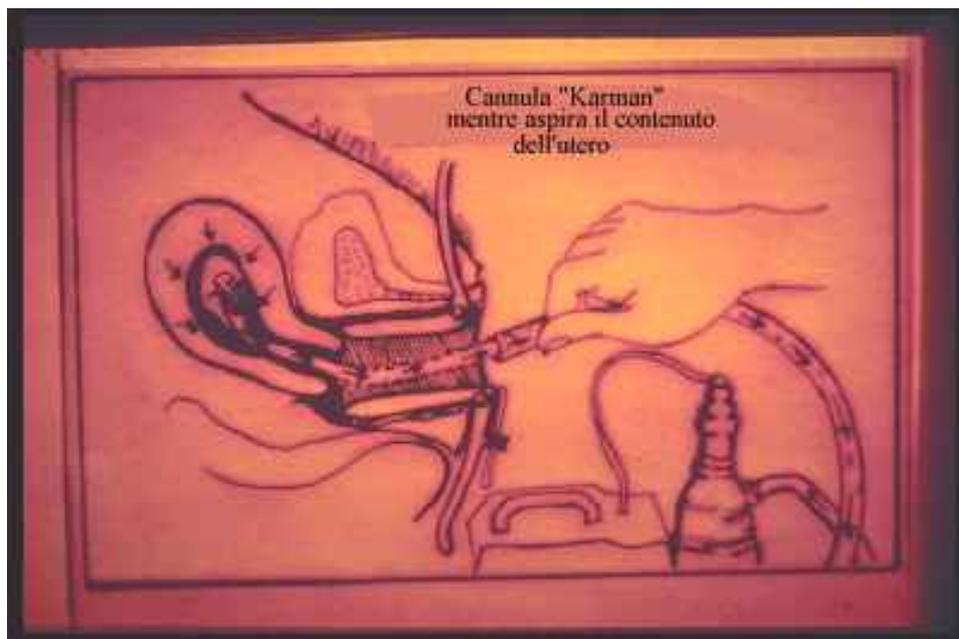


Figura 2 – Feto abortado pelo método Karman (In: PRÓ-VIDA DE ANÁPOLIS. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/desafio.htm>>)

3.2.5.3 Dilatação do colo uterino e curetagem

Método utilizado com até 12 semanas de gestação, dilata o colo uterino com a introdução da pinça de Winter, que servirá para a tração das membranas ovulares. Após procede-se a curetagem na cavidade uterina. Leite (2005) afirma que é um tipo de aborto perigoso, devido ao risco de perfuração da parede uterina, tendo sangramento abundante; e outro fator é a retirada excessiva de tecido uterino, causando a esterilidade.

A NT “Prevenção e Tratamento dos Agravos da Violência Sexual contra mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 2005) cita a introdução de um comprimido de misopostol 200mg intravaginal, no mínimo 12 horas antes do procedimento, destinado ao preparo do colo uterino com vistas ao menor traumatismo durante a dilatação normal.

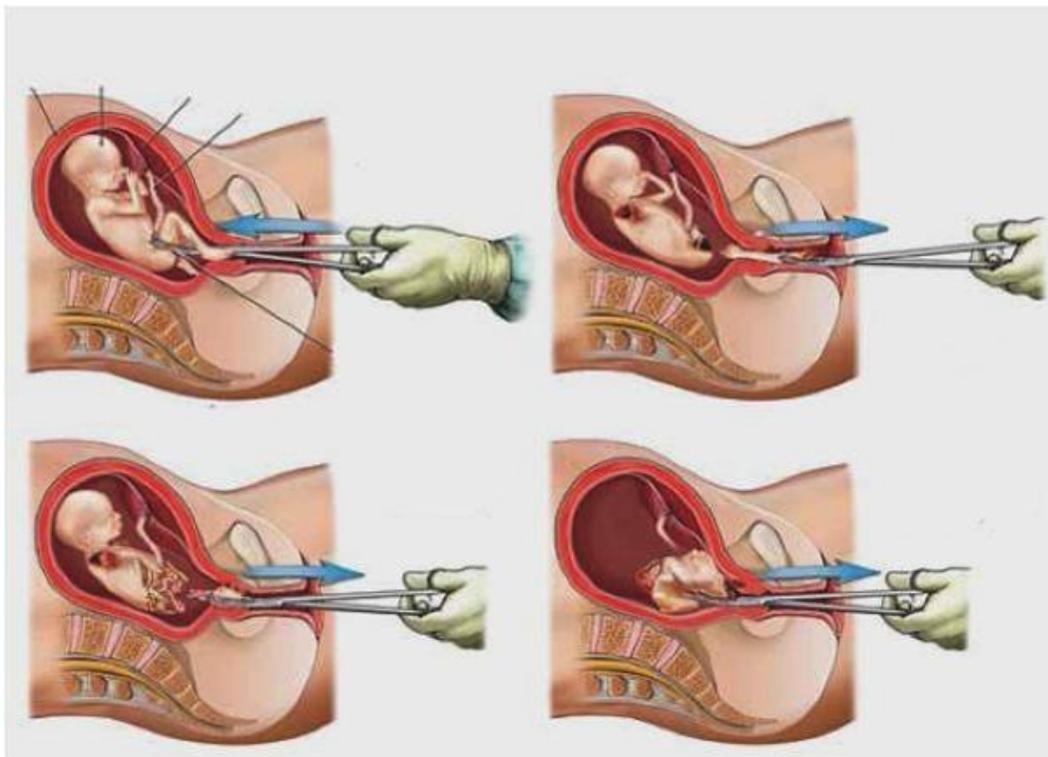


Figura 3 – Abortamento por curetagem (In: BRASIL ESCOLA. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/busca-form/aborto/>>)

3.2.6 Sufocamento

Chamado de “parto parcial”, o feto é retirado pelos pés deixando a cabeça intrauterina, já que ela é grande demais, introduz-se um tubo em sua nuca, sugando a massa encefálica, levando à morte. Só então o feto consegue ser totalmente retirado (LEITE, 2005).



Figura 4 - Aborto por sufocamento (In: A NOSSA ESCOLA. Disponível em: <http://www.anossaescola.com/rodao/dossiês_paginas_ver.asp?ID-3>)

4 CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO

As complicações do aborto provocado são muitas e potencialmente graves, podendo levar a morte da mulher (BRASIL, 2002).

Hardy e Alves (1992), afirmam que além da morte materna causada pelos abortos mal realizados, as complicações do aborto clandestino incluem perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano e septicemia. As sequelas ginecológicas incluem a esterilidade e também inflamações das trompas e sinéquias uterinas e esses riscos e gravidades das complicações crescem com o avanço da gestação.

5 O ABORTO E SUA LEGALIDADE NO BRASIL

No Brasil, desde 1940, quando o Código Penal foi redigido, o aborto já é assunto nos artigos de crimes contra a vida de nº.121 a 128, mas em 1984, após a reavaliação dessa leis, a Assembléia da República decretou na Lei nº 6/84 de 11 de Maio (BRASIL, 1984) a exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. De acordo com a lei, para que não haja punição ao abortista, a prática deverá ser realizada em locais oficialmente reconhecidos e nos seguintes casos: ser o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou saúde física e psíquica da mulher grávida; se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para saúde física ou psíquica da mulher grávida, sendo realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez; haja motivos seguros para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável de grave doença ou malformação, e seja realizado nas primeiras 16 semanas de gravidez; haja sérios indícios de que a gravidez resultou de abuso sexual da mulher, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez.

Acrescentado ainda dos motivos aos quais serão realizados o aborto, o profissional deve certificar em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção, por médico deferente daquele a realizar o aborto, além disso, a mulher grávida deve assinar um consentimento para a pratica do aborto devendo ser inequívoco, com a antecedência mínima de três dias á data da intervenção, podendo ser dispensado em caso de urgência ou quando a mulher não estiver em condições de o prestar, sendo realizado por pessoa autorizada, porém para a mulher grávida menor de 16 anos, o consentimento deve ser prestado respectiva e sucessivamente pelo marido; pelo representante legal, ascendente ou descendente e; na sua falta, por quais quer parentes da linha colateral (BRASIL, 1984).

Os artigos nº4 e 5 dessa mesma lei, redigem os direitos e deveres dos profissionais de saúde em relação a prática do aborto. A lei assegura os profissionais de quaisquer atos respeitantes a interrupção da gravidez voluntária e lícita, dando direito à objeção de consciência, devendo esta ser manifestada em

documento assinado e a sua decisão deve ser imediatamente comunicada à mulher grávida ou a quem no seu lugar pode prestar o consentimento. Por dever, os profissionais e o restante pessoal dos estabelecimentos em que se pratique licitamente a interrupção voluntária da gravidez, devem ficar em segredo profissional todos os atos, fatos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções relacionados com a prática não havendo assim, prejuízo e consequências.

Até o ano de 2000, esta prática era realizada e em muitos casos, a indução do abortamento era feito com o feto vivo na cavidade uterina, o que aumentava a sua sobrevivência e acabava sendo levado a uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Observando a sobrecarga emocional e física da equipe, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, apresentou o parecer de nº 23.480/98, homologado em 1999, com o objetivo de interromper a gravidez com a morte fetal intra-útero ,utilizando o método de injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intracardíaca fetal, com justificativa de que “o aborto é a autorização para a morte do produto conceptual” independente do momento sendo ele intra ou extra uterino.

No Brasil, ainda tramita na Câmara dos Deputados, projetos de leis a favor da legalização do aborto e se aprovado, a nova lei, tramitando com o Projeto de Lei 1135/91, permitirá a livre interrupção da gravidez, até a décima segunda semana de gestação; a interrupção da gravidez em qualquer idade gestacional, quando não houver outro meio de salvar a vida de gestante resulta de crime contra a liberdade sexual; o produto da concepção não apresentar condições de sobrevivência em decorrência de malformação incompatível com a vida ou de doença degenerativa incurável, precedida de indicação médica; ou quando por meios científicos se constatar a impossibilidade de vida extra-uterina. Realizar a prática até a 22ª semana de gestação, quando pode ocorrer grave risco de saúde física/mental da gestante; houver evidência clínica embasada por técnica de diagnóstico complementar de que o nascituro apresenta grave ou incurável anomalia física/mental. Em todos os casos citados acima, deverão ser precedidos de consentimento por escrito da gestante, ou seu representante legal quando estiver

incapacitada, e de declaração assinada por 2 médicos, atestando a idade gestacional na data da realização do ato.

Monteiro e Adesse (2006), estimam que no ano de 2005 no Brasil, foram realizados cerca de 1.054.243 abortos, número não confiável devido à sub notificação nos serviços de saúde, pois as mulheres em situação de abortamento sentem-se constrangidas em declarar o procedimento e suas reais condições.

6 A MULHER E O ABORTO

As mulheres justificam a sua decisão de interromper a gravidez principalmente pela baixa condição financeira, violência doméstica, projeto de vida, desemprego e a grande quantidade de filhos. Por estas razões, quando se deparam com uma gravidez indesejada, as mulheres começam a passar por um processo solitário, muitas vezes sem contar com o apoio do parceiro ou da família, e acabam recorrendo sempre as amigas aos quais também já vivenciaram a mesma situação (GESTEIRA et al., 2006; PAUCAR, 2003).

Os sentimentos que são vivenciados são os de tristeza, perda, solidão e dor. A dor pode vir de diferentes naturezas, existencial ou fisiológica. A dor existencial é percebida em maior parte das mulheres em que haviam planejado a gravidez, refletindo sempre em choro silencioso e falas com momentos silenciosos. A enfermagem, por estar em maior contato, deve observar sempre estes sinais, procurando maneiras de ajudá-las à expressar estes sentimentos, facilitando e respeitando seus momentos de discursos e silêncio (BOEMER; MARIUTTI, 2003).

Quando estas mulheres tomam a decisão, estes sentimentos gerados são marcas e experiências emocionais intensas e difíceis de serem esquecidas e metabolizadas, principalmente quando for uma jovem. Além disso, a chegada de uma nova gestação pode trazer a tona esses sentimentos, aumentando a ansiedade e a preocupação durante a nova gestação, podendo influenciar, de alguma forma, a percepção de saúde e bem-estar destas jovens (MOREIRA; SARRIERA, 2006).

Quando o aborto foi provocado, as mulheres são internadas apenas para a realização da curetagem, para a retirada de restos embrionários, trazendo um estigma vinculado a crime, à pecado. Estes procedimentos e tabus acarretam sérios problemas psicossociais, e é por isso que muitas mulheres acabam enfrentando sozinhas as internações a fim de não serem identificadas pela sociedade, nem serem alvos de curiosidade (BOEMER; MARUTTI, 2003).

Para a equipe de enfermagem, pode ser tratado como rotineiro, porém, para a mulher e para a família, independente da gravidez ser planejada ou não, essa perda sempre vem acompanhada do sentimento de perda e luto. Existem alguns fatores que determinam o processo do luto que são fatores pessoais da mulher; estrutura psíquica do enlutado; histórico de perda anteriores; circunstâncias de perda; crenças culturais e religiosas e apoio recebido. Este sentimento pode ser evidenciados também por sintomas expressados pela mulher como depressão, ansiedade, culpa, raiva e hostilidade, falta de prazer, solidão, agitação, fadiga, desamparo, perda de energias, queixas somáticas, aumento do uso de entorpecentes e fumo, aumentando a suscetibilidade a doenças, lentidão de pensamento e concentração, mudanças de hábito alimentar; dificuldade de manter relacionamentos e distúrbio de sono (GESTEIRA et al., 2006).

Outra hipótese citada também por Boemer e Mariutti (2003), é que uma adolescente mais velha possui um projeto de vida e algumas metas estabelecidas mais estruturadas e, deste modo, a gestação implique em um adiamento ou até mesmo, uma suspensão de aspirações anteriormente desejadas.

7 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa possui caráter quantitativo descritivo, o estudo foi realizado, no mês de Abril, onde foram coletados dados do número de abortos recorrente de Dezembro de 2009 à setembro de 2010, abrangendo o Departamento de Saúde e a Santa Casa de Saúde, no município de Palmital-SP, através do DATASUS e da Secretaria da Santa Casa, (onde se preconizou os procedimentos de aborto não notificados ao Departamento de Saúde). No município de Palmital-SP.

Os dados foram tabulados conforme as informações fornecidas, sendo estes visíveis em forma de gráficos.

A figura 5 indica a quantidade de abortos ocorridos de dezembro 2009 à setembro de 2010 segundo os dados fornecidos pela Santa Casa de Palmital. Estando de acordo com a metodologia proposta e o tema da pesquisa.

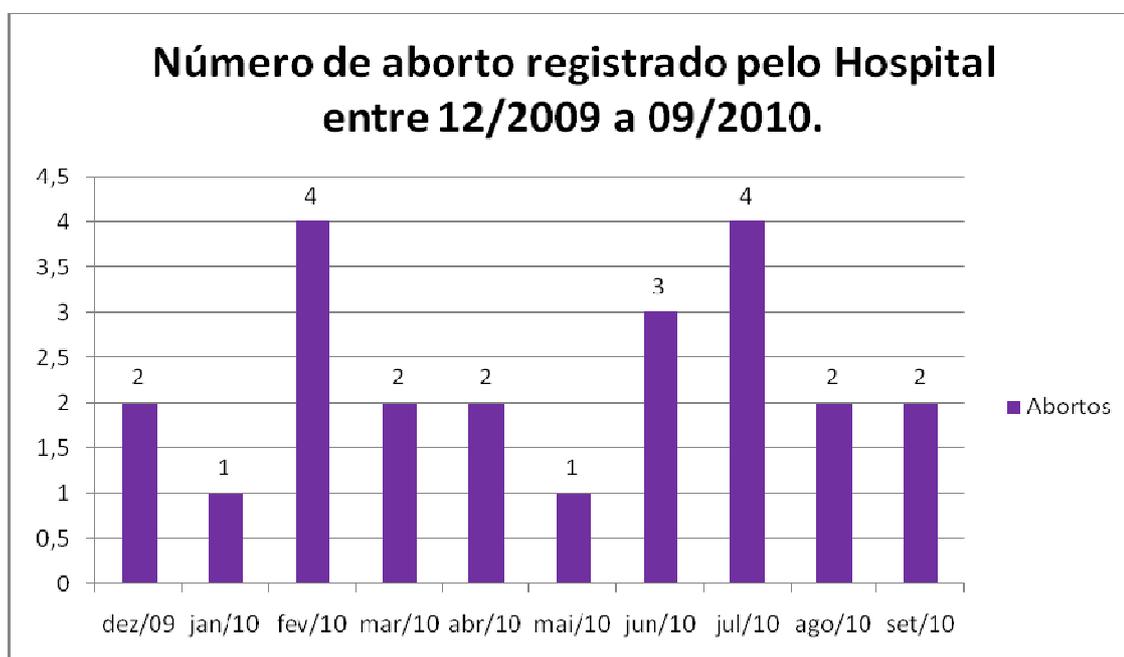


Figura 5 - Índice de aborto registrado pelo hospital 12/2009 a 09/2010

Através dos dados coletados, nota-se que a maior prevalência de procedimentos de aborto notificados pelo hospital no período de 12/2009 a 09/2010 foram nos meses de Fevereiro e Julho de 2010. Nesse período foram descritos quatro procedimentos em cada mês.

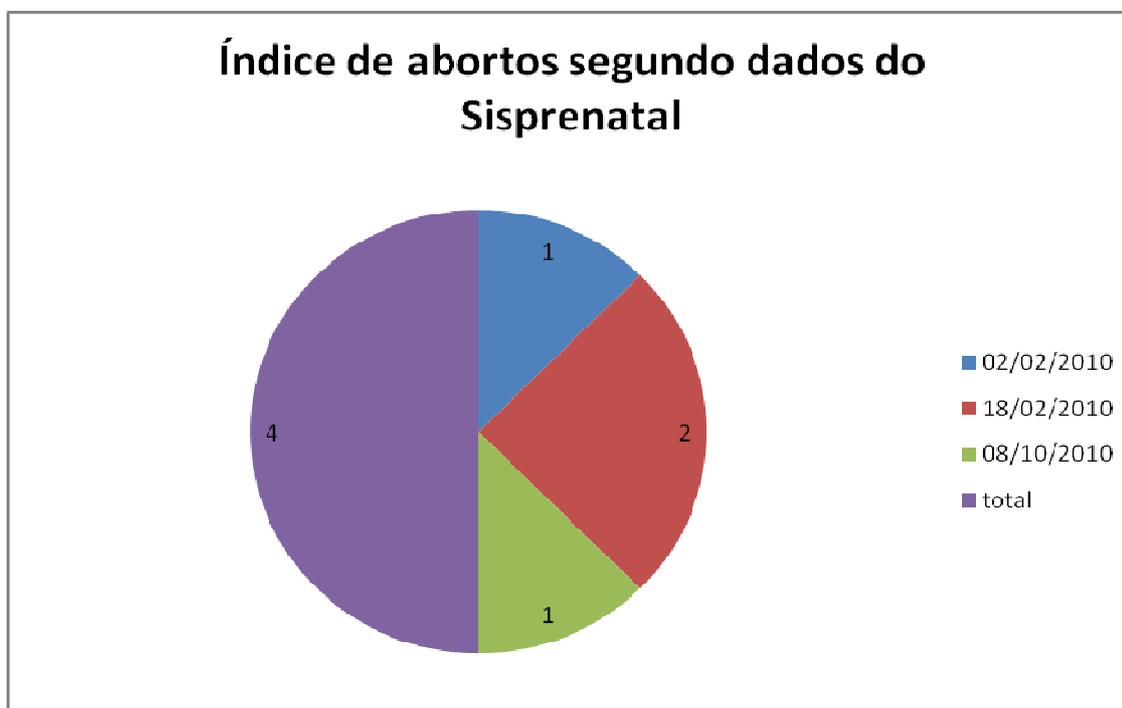


Figura 6 - Índice de abortos segundo o Sis prenatal (Datusus)

De acordo com os dados demonstrados no gráfico, nota-se que a maior prevalência de procedimentos de aborto notificados pelo Sis prenatal, no período de 02/2010 a 08/2010, foi no mês de Fevereiro de 2010. Nesse período foram descritos dois procedimentos no mês. Sendo um total de quatro procedimentos ocorridos durante o período de Fevereiro a Outubro.

Habitualmente pensa-se somente na mulher que aborta, esquecendo-se de que o aborto é apenas uma das consequências de um evento que precede necessariamente o ato de abortar a gravidez indesejada, que ocorre, sem dúvida, com maior frequência do que a interrupção voluntária da gestação. (Costa, Hardy, Osis e Faúndes, 1995).

Manir (2005) aponta que segundo dados estimativos da Organização Mundial de Saúde, mais de 30% das gestações no Brasil terminam em aborto, isso significa

que em um ano ocorre cerca de 1 milhão de interrupções clandestinas ou espontâneas de gestações, o que representa 3,7 ocorrências para cada 100 mulheres na faixa de 15 a 49 anos.

Segundo Neves (2007) para reportagem sobre clínicas de aborto em Belo Horizonte do Jornal Hoje em Dia do dia 07/05/2007, afirmam que na cidade está cada vez mais difícil encontrar uma clínica clandestina de aborto. Para driblar as fiscalizações as mudanças de endereços são rotineiras, mas os aborteiros contam com uma rede informal de contatos e com a tolerância de alguns médicos e ginecologistas. As referências geralmente são dadas por amigos cujas namoradas recorreram ao método, empregadas domésticas e outras conexões informais dispersas. As clínicas de aborto estão cada vez em menor procura pelas mulheres que decidem realizar o aborto, devido a larga utilização de métodos como misoprostol e as fórmulas caseiras.

Em métodos caseiros citados pela pesquisa, os chás de ervas foram os de grande maioria, alguns deles foram: chá de canela, buchinha e quebra pedra. Leite, Paumbgarten e Koifman (2005) explicam que as ervas mais utilizadas para fins abortivos são chás de plantas da família Laureaceae (chá de canela), que em altas doses provocam irritação das mucosas e hematúria, e da família Curcubiaceae (chá de buchinha), que, dentre suas aplicações, destaca-se o tratamento da amenorreia. Aos relatos incluíam seu uso isolado ou combinado a bebidas não alcoólicas a base de cola e cafeína; o uso de drogas de ação analgésica e antipirética, como dipirona sódica, ácido acetilsalicílico associado a paracetamol e cafeína; drogas de ação uterotônica, com a medilergometrina, dentre outros métodos menos frequentes.

Conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEM-311/2007) no artigo 28º, o enfermeiro está proibido de provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação e nos casos previstos em Lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

8 CONCLUSÃO

Em um país como o Brasil, onde o aborto é considerado crime, exceto em alguns casos, este procedimento é visto como um problema basicamente clínico deixando de lado os aspectos psicológicos e sociais que com ele estão ligados.

Sendo tema de um grande debate no mundo, tanto em casos permitidos por lei quanto a legalização de qualquer tipo deste. Concordo com a realização do aborto desde que avaliemos antecipadamente a situação de cada mulher e a necessidade da interrupção da gravidez, colocar em prática a visão holística que aprendemos desde o início da vida acadêmica, já que o aborto não se trata apenas de uma vida, aquela que esta no útero da gestante, mas envolve a mulher e sua família em diferentes faces: em alguns casos o feto foi fruto de um desejo grande do casal em ter filhos ou pelo contrário, a gravidez foi resultado de um estupro e a família se envolve com a mulher para ajudá-la e confortá-la neste momento tão difícil.

Entre as mulheres abaixo de 25 anos, os motivos pelos quais elas realizam o aborto são por serem muito jovens, medo da reação negativa dos pais, necessidade de um relacionamento conjugal estável e de medo da possível interferência de seus planos escolares, encontrando neste caso, a expectativa do controle de natalidade desta faixa etária e por esta razão é mais tolerado entre eles. Alguns jovens são contra essa prática, mas quando encaram esta situação na vida real, o aborto é recurso visto de outra maneira (MENEZES et al.,2006).

A proibição do aborto não faz com que ele não se realize, ele acontece das formas mais brutais e danosas a mulher, não se esquecendo principalmente das práticas em clínicas clandestinas que coloca a vida da mulher em risco de esterilidade e morte.

A enfermagem como qualquer outra profissão de saúde, não deve ter qualquer tipo de preconceito no tratamento e no cuidado de seus pacientes ainda mais nós mulheres, que estamos todas sujeitas a passar por uma situação de

aborto, e por termos escolhido a enfermagem como profissão, devemos estar prontas para cuidar de tudo e de todos aqueles que necessitarem de nossos cuidados.

REFERÊNCIAS

ARALDI, C.; ARMILIATO, N. **Grupo de estudos e pesquisa em meio ambiente (GEMA) e Valeologia**. Concórdia, 2005. (Apostila do Curso de Embriologia e Histologia- Universidade do Contestado - Universidade da Concórdia).

AZEVEDO, A.I.P.; SILVA, A.L.A.; VIEIRA, A.N.; SIMÕES, M.I.T.; ANDRADE, M.H.C.N. **Diferenciação do tubo neural**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso, (Monografia em Odontologia) - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

BARINI, R.; COUTO, E.; MOTA, M.M.; SANTOS, C.T.M.; LEIBER, S.R.; BATISTA, S.C. Fatores associados ao aborto recorrente. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p.217-223, 2000.

BOEMER, M.R.; MAURITTI, M.G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.2, p.59-71, 2003.

BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens das camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1421-1430, jul 2006.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 1135 de 1991**. Direito ao aborto até 12 semanas de gestação ou até 20 semanas de gestação, nos casos de estupro. Brasília, 1991.

_____. Código Penal (1940). **Código Penal**. Brasília, DF: Senado, 1940.

_____. Comissão de Cidadania e Reprodução. **Ampliação do direito ao aborto no Brasil**. Brasília, 2003.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.311 de 08 de Fevereiro de 2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 2007.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. **Parecer n. 23.480 de julho de 2000**. Autorização para utilização de drogas indutoras de óbito fetal intra-útero. Brasília, 2000.

_____. **Lei n. 6 de 11 de maio de 1984**. Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário Oficial de República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68p. (Série Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n. 6).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde do adolescente e do jovem. **A saúde do adolescente e do jovem: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica a saúde: módulo avançado**. Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos- SINASC**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 out. 2010.

BRASIL ESCOLA. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/busca-form/aborto/>>.

CIFUENTES, R.L. **O dia do nascituro e a semana da vida**. Nova Friburgo, 2005. Disponível em <http://www.defesadavida.com/?pg=noticias/n_02102005>. Acesso em: 08 out. 2010.

COSTA, R.G.; HARDY, E.; OSIS, M.J.D.; FAÚNES, A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.97-105, jan./mar. 1995.

COLLE, A. **O ciclo da vida**. Apostila do Curso de Embriologia e Histologia. Videira – SC.1997.

CORREIA, K. Aborto ilegal mata 70 mil por ano. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 31 de maio de 2007. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov/clipping/maio-2007/aborto-ilegal-mata-70-mil-por-ano/>>. Acesso em: 12 out. 2010.

CRUZ, L.C.L. **Aborto na rede hospitalar pública. O Estado financiando é crime**. 2006. 127 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Monografia em Direito). Faculdade de Direito. Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

_____. **Como mover uma ação judicial contra a “Norma Técnica” do aborto expedida pelo Ministério da Saúde em 09/05/1998**. Pró Vidas de Anápolis, Anápolis – GO,2002. Online. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/desafio.htm>>. Acesso em: 15 out. 2010.

DAVINI, A.; COELHO, A.C.F.; BISCARDI, F.L.; LAURENTEIS, G.T.; BOHN, M.A.P.; MATHEY, M.F.; YANIKIAN, M.; NATALE, T.M.N.; PORTO, S.C. **Aborto**. 2005. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Monografia em Medicina Forense) – Faculdade de Direito, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

DIAMOND, E. **RU-486**. 2007. Disponível em: <http://providafamilia.org/site;secoes_detalhes.php?sc=32&id=97>. Acesso em: 18 out. 2010.

ELKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; NIELSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E. HOFMEYER, J. **Guia de atenção efetiva na gravidez e no parto**. Tradução de Lúcia Caetano de Araújo. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

EMBIRUÇU, E.K.; SORTE, N.B.; VIDAL, R.; LESSA, L.; PANÃO, E.; MOTA, A.C.; SANTANA, T.; ARAUJO, I. TORALLES, M.B; ACOSTA, A.X. Risco teratogênico: a percepção em diferentes segmentos da população. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.4, n.3, p.201-207, set./dez. 2005.

FACCINI, L.S.; SENSEVERINO, M.T.; NETTO, C. **Gravidez segura**. SIAT- Sistema de Informação de Agentes Teratogênico, Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínica de Porto Alegre, Departamento de Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://gravidez-segura.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=3>. Acesso em: 26 set. 2010.

FIEWSKI, M.F. **Trabalho feminino industrial e gravidez**: avaliação dos fatores de risco e seus impactos à saúde e ao processo de trabalho. 2002. 142f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis.

FONSECA, W; MISAGO, C; CORREIA, L.L; PARENTE, J.A.M.; OLIVEIRA, F.C. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.30, n.1, p.154-164, fev. 1996.

GESTEIRA, S.M.A.; BARBOSA, V.L.; ENDO, P.C. O luto no processo do aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.4, p.462/467, 2006.

GRAVIDEZ SEGURA. Disponível em: <http://gravidezsegura.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=3>.

HARDY, E.; ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores de associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.454-458, out./nov.1992.

LANDI, A.S.; BERTOLINI, S.M.G.; GUIMARÃES, P.O. Protocolo de atividade física para gestante: estudo de caso. **Iniciação Científica CESUMAR**, Maringá- PR, v.6, n.1, p. 63-70, jan./jun. 2004.

LEITE, I.C.G.; PAUMGARMETTEN, F.J.R.; KOIFMAN, S. Fendas oracionais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controle na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.5, n.1, p.35-43, jan./mar. 2005.

LIMA, B.G.C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Pan-Americana Salud Publica/Pan American Journal Public Health**, v.7, n.3, p.168-172, 2000.

MANIR, M. "Se o aborto não é crime, é um direito". **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 01 out. 2005. Seção Aliás, p.2-7.

MELSON, Kathryn A.; JAFFE, M.S.; KENNER, C.; AMLUUNG, S. **Enfermagem materno infantil**: plano de cuidado. Tradução de Carlos Henrique Consedey. Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso Editores, 2002.

MENEZES, G.M.S.; AQUINO, E.M.L.; SILVA, D.O. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.1431-1446, jul.2006.

MONTEIRO, M.F.G.; ADESSE, L. Estimativas do aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006. Caxambu.

MOREIRA, M.C.; SARRIEIRA, S.C. Preditores de saúde e bem estar psicológico em adolescentes gestantes. **Revista Brasileira da Área de Psicologia da Universidade São Francisco**, São Paulo, v.11, n.1, p.7-15, jan./jun. 2006.

MOORE, K.L. PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**. Tradução Ithamar Vugmar e Mira de c. Engelhardt. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.

MURTA, E.F.C.; MANFRIN, A.; BARCELOS, M; TIVERSON, F.S. Abortamento séptico: identificação dos fatores de risco para complicações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.153-157, 2001.

NEVES, D.F. Aborto legalizado. **Hoje em Dia**, Belo Horizonte, 07 maio 2007.

A NOSSA ESCOLA. Disponível em:
<http://www.anossaescola.com/rodao/dossiês_paginas_ver.asp?ID-3>.

OLINTO, M.T.A.; MOREIRA-FILHO, D.C. Fatores de risco preditores para aborto induzido: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.365-375, fev. 2006.

PAUCAR, L.M.O. **Representação da gravidez e aborto na adolescência**: estudo de casos em São Luiz do Maranhão. Tese. (Doutorado em Medicina). 2003. 183f. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

PENA, S.D.J. Testes genéticos para casais com perdas gestacionais repetidas. **Jornal da SOGIBA- Associação de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia**, ano 15, n.65, p.6-7, fev./mar. 2005.

PERCILIA, E. **Forma de aborto (curetagem)**. Brasil Escola. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/busca-form/aborto/>>. Acesso em: 18 out. 2010.

PRÓ-VIDA DE ANÁPOLIS. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/desafio.htm>>.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 2005.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina. Parecer n.23.480 homologado em 09/11/1999. **Interrupção de gravidez com morte fetal intra-útero, utilizando-se métodos aplicados inta-útero (injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbilical ou intracardiaca fetal)**. São Paulo, 1999.

SOARES, M.U.; CHAVES, W.P. **Aborto: aspectos técnicos e visão jurídica**. 2007. 4f. Dissertação. (Monografia em Direito)- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, 2007.

SOARES, V.M.N.; MARTINS, A.L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, p.453-460, out./dez. 2006.

VIEIRA, M.A.; CHAVES, C. **Síndrome de Patau**. 2003. 13f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia de Medicina) – ESCS- Escola Superior de Ciências da Saúde/Distrito Federal, Brasília.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1985.