



CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES DO ABORTO PROVOCADO

INTENSIVE CARE NURSING BEFORE COMPLICATIONS OF CAUSED ABORTION CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO PROVOCADO

Carlos Santana Bitencourt¹, Lia Cristina Galvão dos Santos²

RESUMO

Objetivo: discutir as situações de risco que levam as mulheres que provocaram aborto às Unidades de Terapia Intensiva. **Método:** estudo de natureza descritiva, de revisão bibliográfica, do tipo revisão integrativa, em obras publicadas na Biblioteca Virtual de Saúde com vista a responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as complicações do aborto provocado que geram a indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva? Após a leitura os artigos foram armazenados em computador e triados para posterior análise e discussão. Foram selecionados 20 textos entre os quais artigos, teses, guias e relatórios a fim de atender aos objetivos propostos. **Resultados:** as condutas dirigidas às mulheres que induziram o aborto evoluem tão logo instale o quadro de choque hipovolêmico e/ou séptico trazendo grande risco tanto para a mulher quanto para o conceito. **Conclusão:** a enfermagem deve estar sempre em constante atualização para melhor atender as pacientes que com mais frequência adentram aos hospitais. **Descritores:** Unidade de Terapia Intensiva; Aborto Induzido; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to discuss the risk situations that lead women to abortion that led Intensive Care Units. Methods: A descriptive study, a literature review, the type integrative review, published works on the Virtual Health Library in order to answer the following research question: What are the complications of abortion that generate the indication for hospitalization Care Unit intensive? After reading the articles were screened and stored in a computer for further analysis and discussion. We selected 20 texts including articles, theses, reports and guides to meet the proposed objectives. **Results:** behaviors aimed at women who had induced abortions evolve as soon as install the framework of hypovolemic shock and / or septic bringing great risk both for the woman and to the fetus. **Conclusion:** nursing should always be constantly updated to better serve the patients who most often step into the hospitals. **Descriptors:** Intensive Care Unit; Induced Abortion; Nursing Education.

RESUMEN

Objetivo: discutir las situaciones de riesgo que llevan a las mujeres que provocaron aborto a la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, una revisión integradora, en los trabajos publicados en la Biblioteca Virtual en Salud con el fin de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las complicaciones del aborto que generan la indicación de hospitalización en la Unidad de Cuidados Críticos? Después de leer los artículos se tamizaron y se almacenan en un ordenador para su posterior análisis y discusión. Hemos seleccionado 20 textos que incluyen artículos, tesis, informes y guías para cumplir con los objetivos propuestos. **Resultados:** los comportamientos dirigidos a las mujeres que habían inducido abortos evolucionar tan pronto como instale el marco de shock hipovolémico y/o séptico trayendo gran riesgo tanto para la mujer como para el feto. **Conclusión:** la enfermería siempre debe ser constantemente actualizado para servir mejor a los pacientes que más a menudo ponerse en los hospitales. **Descritores:** Unidad de Cuidados Intensivos; Aborto Inducido, Educación Enfermería.

¹Enfermeiro, Coordenador do Curso de Enfermagem, Faculdade Regional de Filosofia, Ciências e Letras de Candeias/IESCFAC. Candeias (BA), Brasil. E-mail: prof.carlossantana@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade - Universidade Gama Filho/UGF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: liagalvao@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O aborto é um problema de saúde pública e não está somente ligado à expulsão natural do conceito, mas também ao provocado ou induzido, sendo considerada uma das maiores causas de morte materna. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo todo cerca de 500 mil mulheres morrem a cada ano de causas relacionadas à gestação, sendo que 98% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento. Nesses locais, complicações por aborto são responsáveis por 15% do total das mortes maternas a cada ano e em alguns casos, atinge cerca de 50% dessa mortalidade.¹⁻²

O aborto induzido é muito frequente no Brasil, a prática de provocá-lo como último recurso para a interrupção de uma gravidez não planejada e não desejada é com frequência escolhida entre as mulheres brasileiras, das diferentes classes sociais.³⁻⁴ As mulheres de poder aquisitivo mais elevado recorrem ao aborto em clínicas privadas com procedimentos seguros, porém, mulheres com menor poder aquisitivo são expostas a procedimentos inseguros, que podem ainda ser realizados por profissionais não especializados que, utilizando-se de técnicas perigosas, pode acarretar risco de morte ou sequelas irreversíveis.⁴⁻⁵

Numa pesquisa realizada no Rio de Janeiro, entre 1984 a 1985, em favelas de baixa renda, observou-se que 50,9% dos abortos atendidos na região metropolitana foram induzidos, sendo os mais acometidos as mulheres com idade entre 20 a 29 anos.⁶ O mesmo estudo, realizado em outras partes do país, observou que em média 56% apresentam problemas decorrentes como complicações hemorrágicas e/ou complicações infecciosas.³ Na região Sudeste relatou-se 72% de complicações; já no Piauí foram encontrados apenas 23%.⁴ Não é de admirar que estes abortos realizados em condições adversas, sejam seguidos por complicações severas que demandam atendimento hospitalar e, não raramente, levam à morte.^{4,7-8} Observa-se então aumento de mulheres que adentram as unidades de emergência com complicações obstétricas, como resultado de um aborto provocado, evoluindo gravemente e necessitando de tratamentos e cuidados intensivos.

OBJETIVO

- Discutir as situações de risco que levam as mulheres que provocaram aborto às Unidades de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva, de revisão bibliográfica, do tipo revisão integrativa, em obras publicadas na Biblioteca Virtual de Saúde com vista a responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as complicações do aborto provocado que geram a indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva? A coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de maio de 2012. Foram incluídas publicações divulgadas entre o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2011, no formato de dissertações, teses, artigos, guias e relatórios a partir da busca com os seguintes descritores: “unsafe abortion”; “aborto provocado”; “aborto criminoso”, “aborto inseguro”, “criminal abortion”, “complication”, “complicações”, utilizados de forma conjunta e isolados.

As obras idênticas repetidas em bases de dados diferentes foram eliminadas, considerou-se seu primeiro registro. Além do material encontrado na BVS foram utilizados como alicerce conceitual da pesquisa livros da área de saúde. Primeiramente foi realizada a leitura de todas as obras e posteriormente armazenadas em computador, para que em seguida as obras fossem pré-selecionadas de acordo com a leitura dos resumos. Nesta fase, buscou-se a relação entre o conteúdo, título, resumo, e se atendiam ao objeto do presente estudo. Posteriormente à triagem, foi realizada análise e a discussão dos dados apresentada de forma descritiva a seguir. Foram selecionados 14 artigos, quatro guias, um relatório e uma tese de doutorado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Panorama

Os casos de aborto constituem a terceira causa de morte materna no Brasil. No Sistema Único de Saúde são atendidas, anualmente, cerca de 250.000 mulheres com complicações de aborto. É chamado de provocado quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico, podendo ter motivação voluntária ou involuntária da gestante sendo considerado ilegal, podendo apresentar complicações.^{4,9-10}

Na maioria dos casos as mulheres não priorizam, ou, não se atentam as complicações que poderão surgir. De certo, a falta de informação é a maior arma do aborto provocado, visto que aquelas que cometem este ato são, na maioria das vezes, mulheres desfavorecidas e com ínfimo conhecimento

sobre o assunto. Mesmo com a subinformação que cerca os registros sobre aborto, de um modo geral, a mortalidade oficial é alta. Os dados mostram que em 2000, na grande São Paulo, 119 mulheres que tiveram o aborto como causa declarada de sua morte, apenas 72,3% delas receberam assistência médica. Em 23,5% dos casos não havia informação sobre o tipo de assistência recebida e 4,2% não tiveram assistência médica, segundo consta em seus atestados de óbito.^{4,10} Em um estudo realizado na Maternidade Pública de Serra/ES em 2007 apontou que em relação ao motivo das mulheres induzirem ao aborto, a maioria das mulheres referia falta de condições financeiras, seguido de falta apoio do pai do concepto, indicação do fato de ter uma relação conjugal instável, limitação da prole, medo de perder o emprego e/ou ter que parar de estudar, medo da família e por último não querer a criança.¹¹

Diante deste panorama, pode-se observar que há diversas realidades regionais acerca do aborto e que existe uma gama de objetivos relevantes para as mulheres provocarem este aborto. Além disso, a falta de acreditação dos serviços de saúde e a falta de interesse em cuidados de diagnóstico e atenção primária provocam o aumento deste índice, deixando o Brasil como um dos piores países em eficiência e diagnóstico ao aborto. Como consequência a esses atos, temos uma gama de possibilidades, que pode levar a vida de mulheres a um sério risco.

● Perfil e complicações

Os textos, em sua maioria artigos, foram produzidos por enfermeiros. No que tange ao quesito aborto provocado, foi observado que o objetivo mais frequente era determinar as taxas de morbimortalidade, traçar o perfil epidemiológico, investigar os principais fatores de risco, complicações e consequências das mulheres que provocam o aborto. Observamos como resultado que as altas taxas são relacionadas a mulheres com baixo grau de instrução, baixa renda, alta evasão escolar, que realizam o aborto em casa e só procuram o hospital quando acontece alguma complicação oriunda do ato.^{2-3,7-8,11-12} Observou-se também que estas mesmas mulheres são as quem mais conhecem sobre métodos contraceptivos.^{2-3,8,13} Sobre o perfil epidemiológico as mulheres de classe mais favorecida e com maior poder aquisitivo, tanto financeiro quanto intelectual, são as que mais praticam aborto, porém quem menos sofre complicações.¹⁴⁻¹⁶

Com relação aos fatores de risco os maiores preditores foram: separadas/divorciadas ou que moram junto com o companheiro, mas,

não são casadas; não queriam ter filhos; conhecem o maior numero de métodos contraceptivos, porém, tiveram problema com métodos contraceptivos; tiveram um filho natimorto aos sete meses de gestação; são donas de casa e não possuem carteira de trabalho assinada.^{1,3,5,13,14,17} No quesito religião há controvérsias onde uns afirmam que 'não ter religião' é o maior fator e outros afirmam que 'ser católico' é o maior fator.^{1,13}

No quesito complicações a hemorragia, o choque hipovolêmico e a sepse são as mais comuns⁴ e nos textos fica caracterizado o impacto da necessidade da adoção de práticas médicas e de enfermagem na correção dessas situações^{2,18-9} que poderiam ser minoradas se o aborto fosse legalizado, fazendo com que a mulher procurasse locais especializados sem medo de repressão e/ou maus tratos.^{5,7,17}

A hemorragia está intimamente ligada ao aborto, por conta deste poder ser incompleto, deixando restos placentários ainda na cavidade uterina materna. Choque é uma das causas magnas de morte materna, sobretudo quando associada ao sangramento maciço pela perfusão reduzida de sangue aos tecidos e graves distúrbios metabólicos que são a sequela contingente.^{7,18}

A literatura afirma que o choque hipovolêmico ou hemorrágico é o resultado do volume circulante inadequado, causado por perda sanguínea súbita.^{12,15,17,20} A perda aguda do volume de líquido não permite que os mecanismos compensatórios restaurem um volume circulante apropriado de forma suficientemente rápida, podendo levar a várias complicações secundárias como distúrbios eletrolíticos, ácido-base, bem como disfunção orgânica decorrente da hipoperfusão. Nos casos em que esta mulher permanece em casa, ela começa a perder muito sangue por conta da possível infecção e possíveis objetos ainda internos ao útero. Significa muito reconhecer precocemente o choque. Somente nas primeiras fases é possível a recuperação do equilíbrio fisiológico. Ultrapassados esses estágios as alterações podem se tornar irreversíveis, rebeldes a toda terapêutica.⁶ Uma das formas simples de diagnóstico do estado de choque é a pressão sistólica inferior a 80mmHg e a eliminação urinária inferior a 25 ml/h. O volume desprezado visível, às vezes, não tem grande valia. O organismo tenta compensar a hipotensão com uma grande descarga de vasopressina e de aldosterona na circulação, causando oligúria e maior retenção renal de sódio, tentando preservar o volume corpóreo ainda corrente. A isquemia renal é decorrente dessa vasoconstrição, resultando na liberação

da renina, angiotensina-I, angiotensina-II, aumentando assim a pressão do vaso.²¹

Nas urgências e emergências maternas é fundamental o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço.^{9,18} A valorização das queixas das mulheres é relevante e estas devem ser sempre consideradas devido, sobretudo, instabilidade e comprometimentos ali decorrentes. Essa mulher é agora uma

paciente de alta complexidade que necessita ter seu volume reposto e o cuidado intenso com relação aos distúrbios ácido-base, renais e pressóricos.

O Ministério da Saúde no seu guia “*Emergências e Urgências Maternas*”⁹ trata do choque hemorrágico e orienta a reposição volêmica e correção de coagulopatias devendo-se primeiramente diagnosticar a classe do choque nesta paciente (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação do choque hemorrágico.

Diagnóstico	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
% de perda de sangue	15	20 - 25	30 - 35	40
Volume aproximado da perda de sangue	850 ml	1.100 - 1.400 ml	1.700 - 2.000 ml	2.200 ml
Frequência cardíaca	Normal	100	120	140
Pressão sistólica	Normal	Normal	70 - 80	60
Pressão Arterial Média	80 - 90	80 - 90	50 - 70	50

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Urgências e Emergências Maternas. Brasília, 2000.

Na admissão, o paciente em choque pode se mostrar ansioso, inquieto, podendo estar apático, confuso ou comatoso, podendo revelar sede provocada pelo aumento do sangramento. A anamnese e o exame físico são fundamentais, pois podem orientar o diagnóstico clínico rápido, assim como a avaliação da gravidade, localização e extensão do evento causador do quadro, informando também doenças coadjuvantes, prévias e de relevância para o tratamento.²²⁻³ Realizado o diagnóstico deve-se proceder com algumas condutas de emergência como: monitorização multiparamétrica incluindo sinais vitais e monitorização eletrocardiográfica, cateterismo vesical, cateter venoso central, destinado à administração de soluções, monitorização através da medida da pressão venosa central (PVC) e medida da relação entre pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP) e o débito cardíaco que irão avaliar a adequada reposição de volume. O objetivo do tratamento é restaurar o fluxo sanguíneo mediante adequada reposição volêmica, para, assim, restabelecer o transporte de O₂.^{9,23}

Para recuperar o volume intravascular podem ser usadas as soluções cristaloides ou coloides. Os cristaloides têm menor potencial de expansão e efeito sobre a volemia, ficando a água depositada preferencialmente no interstício podendo provocar edema. Os coloides têm maior potencial expensor, porém limitado pelo seu custo e por estar associados a efeitos colaterais mais importantes como hipocalcemia e diminuição do fibrogênio (coloide proteica), risco de transmissão de infecções e além da aloimunização (coloide de plasma fresco congelado), insuficiência renal, disfunção plaquetária e reações anafiláticas (coloide de dextrans).^{9,23}

A reposição do volume deve ser cuidadosa e minuciosa. Deve-se observar constantemente

os sinais vitais bem como a monitorização desta paciente para o risco excessivo de volume podendo provocar insuficiência cardíaca, Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto (SARA), íleo paraltico e dificuldade cicatricial.²⁴ Outra complicação é o edema pulmonar e/ou sistêmico. Dentre os fatores indesejáveis na administração de coloides podemos citar alterações da função pulmonar, coagulação e função renal, bem como reações alérgicas.²⁰

Nos casos de hemorragias classe II deve-se administrar solução isotônica e a aplicação de dois cateteres intravenosos de grosso calibre é obrigatória. A reposição de cristalóides costuma ser de 3ml para cada ml de sangue perdido,⁹ se a mulher apresentar sinais de choque a perda de sangue deverá ser superior a 1000 ml o que sugere uma reposição de 3000 ml de solução. Se houver uma perda maior caracterizando classe III, o cristalóide deverá ser administrado conjuntamente com colóide. Após administração do volume de emergência, essa paciente deverá receber uma reposição de sangue de acordo com os sinais clínicos e níveis de hemoglobina (Hb) e volume globular, com a intenção de manter a adequada oferta de oxigênio aos tecidos em paciente anêmicos.²⁵ Entretanto a principal justificativa para a transfusão de eritrócitos em UTI tem sido o simples fato da identificação de sangramento agudo, independentemente da taxa de hemoglobina.²¹

Em verdade, o aumento da taxa de Hb tende a aumentar o transporte de oxigênio aos tecidos, mas por outro lado o aumento do hematócrito pode levar ao aumento da viscosidade do sangue diminuindo o fluxo no nível da microcirculação provocando trombose a nível capilar. A anemia não é bem tolerada por pacientes criticamente enfermos. Vários protocolos de correção de choque preconizam

que se mantenha uma taxa de Hb igual ou superior a 10g/dL.^{9,21,24}

A sepse pode ser também um agravante¹³ após a introdução de materiais rígidos não estéreis no canal vaginal. Há possibilidade de perfuração uterina ou do fundo do saco, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano e sepse, além de algumas substâncias químicas instiladas dentro da cavidade uterina que podem provocar necrose miometrial, criando um ambiente favorável para colonização e proliferação de bactérias, sendo outra forma grave de complicação pós-aborto.²⁶ A literatura afirma que mais de 50% das infecções documentadas em UTI são associadas aos bacilos gram-negativos.^{16,21-2}

O paciente com sepse apresenta hiperglicemia e hiperinsulinemia desde o início do quadro. A necessidade do organismo em cicatrizar e eliminar agentes agressores pela vasodilatação e consequente inflamação focal, faz com que este indivíduo consuma em excesso a energia, aumentando o metabolismo e a produção de proteínas para a sua necessidade, consequentemente o aumento da temperatura corporal, débito cardíaco e consumo de oxigênio. Isso devido ao excesso de produção de citocinas, hormônios catabolizantes como glucagon, além de um aumento da atividade simpática, já que o organismo está em intenso combate contra agentes infecciosos.^{21-2,25} A musculatura esquelética constitui-se no maior reservatório de aminoácidos para neoglicogêneses e/ou síntese de proteínas da fase aguda, sendo muitas vezes facilmente perceptível o seu rápido consumo e esgotamento. Outra importante disfunção é o sequestro venoso na circulação periférica e esplâncnica diminuindo o débito cardíaco através da redução do retorno venoso.^{16,25}

Então, três acometimentos são citados: 1- hipóxia devido ao alto consumo de oxigênio pelo corpo para queimar substratos, não permitindo ao mesmo a manutenção das funções celulares; 2-acidose por conta da excessiva queima de proteínas, para ter energia ao corpo ajudando na defesa contra invasores e 3-oligúria devido ao sequestro de sangue para priorizar a vasodilatação periférica tentando conter/controlar a inflamação. O conjunto destes três acometimentos chama-se Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), que se caracteriza ainda por extremidades frias, baixo débito cardíaco, hipotensão, pequena pressão diferencial e intensa vasoconstrição arteriolar.²⁵

No diagnóstico de pacientes em casos graves podemos observar: hipotensão abaixo de 60 mmHg, insuficiência cardíaca, SARA: hipoxemia, infiltrado difuso bilateral na radiologia de tórax; insuficiência Renal: oligúria, elevação de ureia e creatinina; coagulação intravascular disseminada: elevação de tempo de trombina, produtos de degradação da fibrina; alterações neurológicas: sonolência, obnubilação, coma.²²

Além disso, na UTI deve-se lançar mão de algumas avaliações complementares: hemograma com contagem leucocitária e plaquetária; gasometria arterial e eletrólitos; exame de urina; coagulograma; lactato sérico; cultura da fonte de infecção, monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica contínua, avaliação radiográfica do tórax; outras imagens como ultrassonografia e tomografia computadorizada para localizar outras fontes de infecção, com o objetivo primordial a estabilização do paciente, devendo evitar qualquer tipo de intervenção do tipo cirúrgica, pois pode haver colapso circulatório, aumento do risco de disseminação bacteriana e óbito.²³

A manutenção da oxigenação deve ser de primordial escolha, visto que a quantidade necessária para manutenção corporal nesta paciente é alta e consequentemente o corpo não consegue por si só restabelecer o fluxo adequado. Pode-se utilizar máscara de Venturi ou até mesmo uma ventilação assistida, com controle contínuo da função pulmonar além de monitorização e gasometria arterial. A manutenção da volemia deve ser realizada com administração de cristaloides e solução coloidal para auxiliar a perfusão tecidual e a oferta de substratos.²⁵ O uso do Ringer Lactato é de grande valia nestes casos. Auxiliando na estabilização de eletrólitos. Porém há um risco de edema pulmonar e SARA. Por isso, o uso de Cateter de Swan-Ganz, preferencialmente para realizar o controle da medida da PVC.⁹

Além disso, deve-se atentar para os sinais vitais como aumento temperatura, diminuição do pulso e pressão sistólica que deve sempre ser mantida acima de 90 mmHg; monitorização do débito urinário e utilização de fármacos para melhorar o débito cardíaco. Se a hipotensão não for revertida primariamente pela infusão de volume, o fármaco de primeira escolha será a Dopamina que, em doses baixas, ativa os receptores dopaminérgicos, causando vasodilatação e aumentando o fluxo renal, mesentérico,

coronariano e cerebral; em doses intermediárias, ativa receptores beta-adrenérgicos, com aumento da contratilidade miocárdica e melhora da função cardíaca e em altas doses, ativa receptores alfa-adrenérgicos, causando vasoconstricção em todos os leitos vasculares (inclusive útero e circulação uteroplacentária).^{9,22,24}

Com isso deve-se aferir a frequência cardíaca e pressão arterial, pois esta droga possui efeito cronotrópico positivo, com intervalos reduzidos; mensurar o balanço hídrico quando a mesma estiver sendo utilizada em dose-dependente para abertura dos vasos renais, na tentativa de um efeito diurético, contribuindo com uma significativa melhora.²³ Se a dopamina não melhorar a pressão arterial, a utilização de outras drogas vai depender se o quadro é devido a depressão miocárdica ou vasodilatação persistente. No primeiro caso é recomendada a terapia inotrópica (dobutamina 2-20 µg/kg/min., ou epinefrina 1-8 µg/kg/min.) Em caso de vasodilatação persistente, usam-se vasoconstrictores periféricos (fenilefrina 20-200 µg/min., ou norepinefrina 2-8 µg/min.).⁹

Portanto, não só o aumento de volume deve ser considerado. A antibioticoterapia auxilia no combate aos microrganismos invasores, dando a chance que o organismo necessita para reagir. Após a coleta das culturas e identificação do agente bacteriano deve ser iniciado o esquema de antibioticoterapia mais ajustado para cada paciente. A literatura preconiza iniciar antibioticoterapia com fármaco de amplo espectro, utilizando um anerobicida (metronidazol ou clindamicina) e um aminoglicosídeo (gentamicina ou ampicilina). Se não houver resposta, associar ampicilina ou aumentar o espectro com outros fármacos.⁹

CONCLUSÃO

Ao longo do tempo, a preocupação em realizar pesquisas acerca da temática proposta vem crescendo, passando a interferir na conduta dos profissionais, melhorando significativamente a qualidade da assistência prestada. Os cuidados frente ao aborto provocado vão além de simples condutas aplicadas isoladamente. Envolve desde a verificação de sinais vitais perpassando cuidados mais intensivos, sendo este direcionado para complicações que surgem aleatoriamente no corpo da mulher interagindo com seus sistemas hemodinâmicos.

O ato de provocar o aborto é, com frequência, adotado por mulheres sem conhecimento prévio sobre o corpo, que não conseguem vislumbrar as consequências deste, tornando-se vulneráveis. Estes são cometidos em casa, com instrumentos sem nenhum preparo estéril, e/ou procedimentos sem técnicas assépticas. De outro lado, também vulneráveis, mulheres cada vez mais jovens cometem este tipo de ato conscientemente. São pessoas de classes mais favorecidas que procuram cada vez mais as clínicas clandestinas de aborto (já que este ainda não é legalizado no Brasil) acreditando que nas mesmas encontrarão qualidade no procedimento e um menor risco.

Abortos cometidos com cuidados imediatos, mediatos e tardios podem ter a mínima chance de sofrer intercorrências. Infelizmente não é o que ocorre na maioria dos hospitais do mundo. Mulheres são admitidas apresentando sinais de hemorragia grave podendo evoluir rapidamente para choque hipovolêmico e/ou sepse.

O choque, segundo a literatura, foi eleito como uma das ocorrências mais frequentes em mulheres que praticam este ato. De certo a utilização de materiais perfurocortantes não estéreis adentrando o canal vaginal para tentar provocar uma ruptura placentária e concomitantemente uma asfixia intrauterina nem sempre é satisfatória. A utilização de medicações ditas abortivas como o misoprostol também possui um local de destaque neste aspecto, contribuindo para uma ampla descamação da parede uterina e podendo ocorrer até a ruptura desta.

As condutas para o choque chamam a atenção por serem simples e de eficácia comprovada, como um reconhecimento através da verificação da pressão arterial e observação do conteúdo urinário para diagnóstico. A anamnese e o exame físico dão ao enfermeiro base sólida para conduta apropriada, dando a este total segurança em conduzir sua equipe na UTI. Incluir reposição de líquidos, e verificação de sinais vitais auxiliam na manutenção de uma boa conduta.

A reposição volêmica é tratada com meticulosidade, já que uma escolha errônea de líquidos na administração ao paciente com complicações hemorrágicas faz diferença. Observamos que somente um tipo de solução não resulta numa boa conduta. O enfermeiro deve atentar aos sinais expressos pela paciente que possibilitarão a escolha mais apropriada. A união e adequação de tipos de solução existentes no mercado dão amplas opções para este método.

Nos casos de sepse a literatura afirma que sua gravidade vai depender do tempo de contaminação ocorrido pelo paciente. Por conta do aborto provocado quase sempre não conseguir eliminar totalmente todos os vestígios celulares do parto, estes aumentam a probabilidade de um ambiente ótimo para multiplicação de bactérias. Por tanto, um quadro grave se instala e condutas rígidas por conta da hipóxia, oligúria e acidose são adotadas para corrigir essas instabilidades, como a manutenção da oxigenação, perfusão, volemia e uso de antibióticos.

Na sepse o paciente sofre muito mais por conta do agente invasor instalado e a inabilidade corporal de combatê-lo. A manutenção da boa oxigenação e perfusão auxilia para que o doente possa gerar energia celular, auxiliando no restabelecimento das funções. O enfermeiro necessita estar atento, pois não só uma boa perfusão e oxigenação são importantes, mas sim, garantir que este oxigênio chegue às células e que estas exerçam suas funções. Para isso manter um meio ótimo de hidrossolubilidade através da volemia adequada, garante a esta paciente uma reposição mais rápida.

Aliado as drogas vasoativas de escolha como dopamina que garante uma melhora no débito cardíaco, os antibióticos, sempre devem ser iniciados com fármacos de amplo espectro. Entendemos que tão importantes como o conhecimento e a técnica são as habilidades e competências para compreender e identificar prematuramente nestas pacientes a gravidade que ali se instala e conduzir sua recuperação o mais rápido possível.

Com este estudo percebe-se que a grande falta de conhecimento sobre o corpo da mulher transforma-a em uma arma com risco iminente de morte. O conhecimento dos profissionais acerca das dificuldades em lidar com esta paciente também corrobora para que ali se instale uma difícil batalha pela vida. Acredita-se que com este intuito, profissionais especializem-se cada vez mais para cuidar destas mulheres que adentram com mais frequência em nossos hospitais, melhorando assim a assistência prestada que deve ser sempre digna e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2009 [cited 2012 May 11]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf
2. Silva DFO, Bedone AJ, Faúndes A, Fernandes MAS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2012 May 11];10(4):441-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n4/04.pdf>
3. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. Rev bras ginecol obstet. [Internet] 2010 [cited 2012 May 11];32(3):105-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a02v32n3.pdf>
4. Rede Feminista de Saúde. Dossiê aborto inseguro [Internet]. São Paulo: Fundação Ford, 2005 [cited 2012 May 11]. Available from: <http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/010.pdf>
5. Carvalho SM. Mulheres Jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica [tese][Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [cited 2012 May 11]. Available from: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2570/1/ENSP_Tese_Carvalho_Simone_Mendes.pdf
6. Rezende J. Obstetrícia. 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
7. Fusco CLB, Andreoli S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza - favela inajar de souza, São Paulo. Rev bras epidemiol [Internet]. 2008 [cited 2012 May 11];11(1):78-88. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/07.pdf>
8. Mello FMB, Souza JL, Figueroa JN. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. Cad saúde pública [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 May 11];27(1):87-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100009
9. Brasil. Ministério da saúde. Urgências e emergências maternas [Internet]. Brasília. 2000 [cited 2012 May 11]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf>
10. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1992-2005). Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP [Internet]. 2006 Sept 18-22; Caxambu, Brasil [cited 2012

- May 11]. Available from: <http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>
11. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra - ES. Rev bras epidemiol [Internet]. 2007 Dec [cited 2012 May 11];10(4):615-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/18.pdf>
12. Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, Hemminki E, Heikinheimo O, Mika G. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. BMJ [Internet]. 2011[cited 2012 May 11];342:d2111. Available from: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d2111>
13. Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AI. Mulheres hospitalizadas por aborto em uma maternidade escola na cidade do Recife, Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2012 May 11];44(3):605-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/08.pdf>
14. Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. Cad saúde pública [Internet]. 2006 Feb[cited 2012 May 11];22(2):365-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/14.pdf>
15. Changping G, Yan Z, Shangchun W, Youping L, Qing L. The influence of medical abortion compared with surgical abortion on subsequent pregnancy outcome. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2008 June [cited 2012 May 11]; 101(3):231-8. Available from: <http://www.ijgo.org/article/S0020-7292%2808%2900018-0/abstract>
16. Espírito-Santo PF, Vieira EM. Percepções sobre o aborto: um estudo com profissionais de saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2007 Nov [cited 2012 May 11];1(2):213-19. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/384-8816-1-pdf_188
17. Srinil S. Factors Associated with Severe complications in unsafe abortion. J Med Assoc Thai [Internet]. 2011 Apr [cited 2012 May 11];94(4):408-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21591524>
18. Choudhary N, Saha SC, Gopalan S. Abortion procedures in a tertiary care institution in India. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2005 Oct [cited 2012 May 11];91(1):81-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16098979>
19. Organização Mundial de Saúde. Perguntas clínicas frequentes acerca del aborto farmacológico. Genebra; 2008.
20. Morton PG. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
21. Dias FS. Choque. 1ª ed. Rio Grande do Sul: Edipucrs; 2007.
22. Aun F, Younes RN, Birolini D, Oliveira MR. Terapia intensiva em enfermagem. 1º ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1989.
23. Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006 p.297-308.
24. American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care [Internet]. 2007 [cited 2012 May 11]. Available from: http://circ.ahajournals.org/content/vol122/16_suppl_2/
25. Knobel E. Condutas no paciente grave. 3º ed. São Paulo: Atheneu; 2007 p.41-78.
26. Torriente MC. Silent uterine rupture with the use of misoprostol for second trimester termination of pregnancy: a case report. Obstet Gynecol Int [Internet]. 2011 [cited 2012 May 11]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2011/584652/> doi:10.1155/2011/584652

Submissão: 05/02/2012

Aceito: 19/01/2013

Publicado: 15/03/2013

Correspondência

Carlos Santana Bitencourt
Faculdade Regional de Filosofia, Ciências e Letras de Candeias.
Rodovia Ba 522, Km 8 – Fazenda Caroba
CEP: 43813-300 – Candeias (BA), Brasil