

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL**

SILVIA BARBOSA MATTOS

**CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO EXPONTÂNEO: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

**CRICIÚMA - SC
2015**

SILVIA BARBOSA MATTOS

**CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO EXPONTÂNEO: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal.

Orientador(a): Prof (ª) Msc. Maria Tereza Soratto

CRICIÚMA - SC

2015

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que por todo amor, incentivo e esforços realizados para que eu construísse este sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado força de vontade e sabedoria para seguir em frente nas horas difíceis, pois sem ele nada disso estaria acontecendo, pela vida e pela oportunidade de continuar realizando este sonho.

Aos meus pais, por permitirem a realização deste sonho, pelo incentivo, por dividir as dificuldades, por sempre estarem presentes nos momentos que necessitei, e por me proporcionar todo amor e carinho que uma filha pode precisar. Amo vocês!

Aos professores do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da UNESC por todos os momentos de dedicação, de amor a Enfermagem, e todos os conhecimentos que me foram repassados.

A minha orientadora, **Maria Tereza Soratto**, pelos preciosos ensinamentos transmitidos, pela dedicação, competência, e incentivo constante durante esta trajetória. Agradeço o privilégio de ter sido sua orientanda.

[...] Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.

E você aprende que realmente pode suportar [...] Que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor diante da vida.

Willian Shakespeare

RESUMO

Pesquisa com objetivo de identificar as causas relacionadas ao aborto espontâneo, a partir de uma revisão de literatura. Trata-se de uma revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de artigos científicos publicados em 2004 a 2014 em revistas indexadas na base de dados e pesquisa da Scielo, Bireme. O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns durante a gravidez. A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. As anomalias cromossômicas estão entre as causas mais comuns de abortamento espontâneo. Os profissionais de enfermagem devem ser capacitados e sensibilizados para a assistência integral, técnica, ética e humana, com relação ao processo de perda e a vivência do luto da mulher.

Palavras-Chave: Aborto. Aborto espontâneo. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Research in order to identify the causes related to spontaneous abortion, from a literature review. This is a literature review, developed from published scientific articles in 2004 to 2014 in journals indexed in the database and research of Scielo, Bireme. The spontaneous abortion is one of the most common complications during pregnancy. The etiology of spontaneous abortion is heterogeneous and multifactorial, including genetic and environmental factors. Chromosomal anomalies are among the most common causes of spontaneous abortion. Nursing professionals must be trained and sensitized to the integral assistance, technical, ethical and human, with respect to the process of loss and the experience of grief from his wife.

Keywords: Abortion. Miscarriage. Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN: Associação Brasileira de Enfermagem

AMIV: Aspiração Manual Intra-uterina

AR: Aborto Recorrente

BDTD- Base de Dados de Tese e Dissertação

DST: Doenças Sexualmente transmissíveis

ERA: Aborto Espontâneo de Repetição

G: Gramas

H: Horas

IM: Intra-muscular

IV: Intravenoso

Kg: Kilogramas

LNCS: Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas

MG: Miligramas

ml: Mililitros

MS: Ministério da Saúde

μ G: Micrograma

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 PROCESSO DE GESTAR	11
2.2 ABORTO	12
2.3 CAUSAS DO ABORTO	17
2.4 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO	18
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1 CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO ESPONTÂNEO.....	25
4.2 ABORTO NA ADOLESCÊNCIA	29
4.3 ABORTO E LUTO	30
4.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ABORTAMENTO	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006; BRASIL, 2011). Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2011).

Geralmente, é considerado que antes de 20 semanas completas de gestação o feto não sobrevive, mesmo que sejam utilizados aparelhos artificiais. Poderá haver ou não viabilidade do feto com 20 a 27 semanas, e a sua condição de vitalidade estará presente, após 27 semanas completas de gestação (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

O aborto é considerado espontâneo quando da “interrupção natural da gravidez antes da 20 semanas de gestação” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 463). “O aborto é provocado, induzido ou inseguro, quando, para efetivá-lo, utiliza-se de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ter a participação voluntária ou involuntária da gestante, e ser considerado legal ou ilegal” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 463).

“O abortamento representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil” (BRASIL, 2012, p. 07).

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente (10 a 15%) das gestações e envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2012, p. 07).

São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada (BRASIL, 2011).

“Falar de aborto é falar de uma questão íntima e pessoal que se refere à feminilidade” (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009, p.151).

A partir da realização da pós-graduação em obstetrícia e neonatologia, surgiram inquietações sobre os fatores causais no aborto espontâneo e a assistência de enfermagem realizada nestes casos.

O bom prognóstico da gestação é de grande importância para saúde materno-infantil. Neste contexto é fundamental que sejam acumuladas mais informações sobre os fatores associados ao aborto (KAC et al., 2007).

A realização de estudos sobre o aborto permite proposição de novas políticas públicas de saúde, pois retratam o caráter recorrente deste fenômeno e permitem uma compreensão da problemática como questão de saúde da mulher, que necessita de cuidados e atenção específica para minimizar as complicações físicas, emocionais e sociais (NOMURA et al., 2011, p.650).

O aborto parece ser um assunto não discutido, ainda visto como tabu. Mesmo nos casos das mulheres que sofreram aborto de forma espontânea, existe o preconceito da própria equipe de enfermagem: Será que foi mesmo espontâneo? Ou a visão social de que a mulher não é capaz de segurar o embrião, o que pressupõe pouca fertilidade.

“A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo (a) profissional de saúde” (BRASIL, 2012, p. 22).

Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa: Quais as causas relacionadas ao aborto espontâneo?

Buscando identificar as causas relacionadas ao aborto espontâneo elencaram-se as hipóteses:

As causas relacionadas ao aborto espontâneo estão relacionadas à:

H1: Causa não esclarecida;

H2: Anatômico (anomalia uterinas, cervical, placentar, miomas);

H3: Imunológicos;

H4: Genéticos;

H5: Endócrinos;

H6: Ambientais (infecções, álcool, fumo);

H7: Doenças Crônicas.

A presente pesquisa teve como objetivo geral: identificar as causas relacionadas ao aborto espontâneo, a partir de uma revisão de literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROCESSO DE GESTAR

Na puberdade, a sexualidade evidencia-se como um processo natural o qual envolve vários aspectos: físicos, psicoemocionais e socioculturais, relacionados à percepção e ao controle do próprio corpo, valores e comportamentos diante de processos que integram a afetividade e sexualidade, na busca do desenvolvimento sexual saudável para a vida adulta e para a futura gravidez (ABEN, 2001). A puberdade marca a adolescência do ponto de vista biológico e possibilita a aquisição de um corpo adulto com acesso à expressão da sexualidade e da capacidade reprodutiva (RAPPAPORT, 1997 apud FERRIANI; SANTOS, 2001).

Com o desenvolvimento da sexualidade, os sujeitos apresentam pensamentos relativos ao prazer e sensações de descobertas ao tocar o corpo; afetos brotam por determinado perfil de sujeito assim como a imagem corporal ideal. Já em relação à sexualidade, surgem necessidades relativas a um relacionamento estável; assistência à saúde reprodutiva e decisões sobre a gravidez. A gestação, para a grande maioria das mulheres é uma fase de realização, tanto pessoal quanto pelo relacionamento amoroso-conjugal e biológico, devido o instinto de procriação (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008 apud NETO, 2011, p. 96).

O processo de gestar é um processo natural e deve ser visto além de sua esfera biológica, trazendo consigo mudanças comportamentais e psicológicas, que envolvem sentimentos femininos com relação à criança, seu futuro e às relações familiares. Tais mudanças exigem adaptação no que se refere ao estado gravídico, pois a princípio ao se perceberem gerando uma vida em seu ventre, sentem-se preocupadas com a perfeita morfologia de seus filhos; mas, ao longo da gestação, esse sentimento é superado (NETO, 2011).

Ao engravidar, muitas mulheres encontram a realização pessoal, familiar e o aguçamento de sua feminilidade por meio da maternidade. É, pois, um meio de encontrar a sua própria identidade como mulher (NETO, 2011).

A gravidez tem um significado simbólico particular para cada mulher. Varia de acordo com a estrutura de personalidade, associada à história de vida pregressa e o momento atual de cada uma. Quando não desejada, a maternidade pode ser opressiva, já que a gestação altera o senso físico da mulher e convida-a a reorganizar vários aspectos de sua identidade, como a relação com o seu corpo, com o pai da criança e seus planos para a vida. Quando a gestação conscientemente desejada é perdida, também ocorre uma alteração na identidade, levando à sensação de fracasso pessoal. (BENUTE et al., 2009, p.322).

O processo de gestar, na vida das mulheres, traz consigo mudanças físicas, comportamentais e psicológicas. No entanto, no que se refere à gravidez interrompida, esta pode ter consequências marcantes que influenciam na qualidade de vida dessa população (NETO, 2011).

Diante de todos esses fatores, a interrupção da gravidez está intimamente relacionada ao abortamento, o qual pode ser espontâneo ou provocado. O aborto é caracterizado por um processo fisiológico do corpo com o fim da vitalidade intra-uterina e, geralmente é anunciada de maneira drástica, devido à forma ou quadro clínico; pois, mesmo que a mulher não tenha conhecimento sobre os aspectos científicos e obstétricos, a suspeita da finalização da gestação é percebida, visto que o saber popular sobre os riscos durante a gravidez é conhecido, e o próprio corpo sinaliza que algo está ocorrendo e, nesse momento, se inicia o sentimento feminino sobre o fim da gravidez (OPS, 2006 apud NETO, 2011, p.97).

Fatores como as condições sócio-econômicas, educacionais, o estado civil, relacionamento familiar, local de moradia, idade e paridade, também incidem diretamente sobre o estado emocional da grávida. No entanto, não é correto afirmar qual dessas variáveis exerça maior influência e/ou poder decisivo sobre a psicodinâmica gestacional (SEDGH et al., 2007 apud NETO, 2011, p.97).

Os aspectos emocionais desencadeados pelo abortamento são inúmeros. Os motivos que os desencadeiam são sempre muito particulares, mas todos levam ao mesmo fim - final de um sonho, de uma gestação, de uma etapa, de uma angústia. Trata-se aqui de se lidar com a dualidade, com os opostos: início e fim, vida e morte (BENUTE et al., 2009, p.325).

As condições econômicas e sociodemográficas exercem influência de forma variável. Desse modo, os profissionais da saúde podem oferecer o suporte necessário para as mulheres que passam por essa experiência e que venham a engravidar futuramente, de forma saudável (NETO, 2011).

2.2 ABORTO

O Ministério da Saúde (2012) conceitua-se com abortamento a interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação. O produto da concepção eliminado no processo de abortamento é chamado aborto. O abortamento pode ser precoce, quando ocorre até a 13ª semana e tardio, quando entre 13ª e 22ª semanas.

O aborto é definido como o nascimento de um feto com menos que 500 g, ou antes, de 20 semanas completadas de idade gestacional no momento da

expulsão do útero, não possuindo nenhuma probabilidade de sobrevivência (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006; VIEIRA, 2010; FARIA et al., 2012).

A perda gestacional ou abortamento recorrente (AR), definido como duas ou mais perdas consecutivas em idade gestacionais inferior a 20-24 semanas, consiste em um frustrante problema de saúde que afeta entre 1-5% dos casais que tentam ter filhos (SILVA et al., 2007).

O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns durante a gravidez. “Sua incidência varia entre 6,5% e 21% em gestações clinicamente reconhecidas. Ocorre em 75% dos casos entre a 7ª e a 15ª semanas de gravidez” (RODINI et al., 2004, p.37).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012) o aborto pode ser classificado de várias formas:

- Ameaça de abortamento: o sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. Para este diagnóstico é necessário uma ultrassonografia, que pode não ter alterações ou identificar área de descolamento ovular, com vitalidade embrionária. Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve retornar ao serviço de saúde para nova avaliação. Não há evidências de benefício do uso da progesterona nesses casos, pois não modifica o curso da gravidez. Os casos de insuficiência de corpo lúteo são raros, precisando de confirmação diagnóstica para essa indicação.

- Abortamento completo: geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassonografia, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos. A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina.

- Abortamento inevitável/incompleto: o sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultrassonografia confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível. Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intrauterina (AMIU), por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. O tratamento alternativo, na indisponibilidade de AMIU ou curetagem, estando o colo pervio, é misoprostol 400 a 600µg via sublingual 47 Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, nos casos de abortamento inevitável, recomenda-se misoprostol 600µg dose única via oral, ou 400µg dose única sublingual. Como estas apresentações ainda não estão disponíveis no País sugere-se o emprego de misoprostol na dose de 200µg de 12 em 12 horas, via vaginal. Após a expulsão, caso haja suspeita de restos ovulares ou placentários remanescentes, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros pequenos, compatíveis com menos de 12 semanas, também pode ser utilizada a AMIU. Também é importante avaliar a perda sanguínea e, se extremamente necessário, far-se-á transfusão sanguínea.

- Abortamento retido em geral: o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassonografia revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça. Em gestações com menos de 12 semanas, utiliza-se o misoprostol, 1 comprimido de 200µg, via vaginal, dose única, para preparo do colo. Após 4 horas, realizar o esvaziamento uterino por AMIU ou curetagem. Também pode ser usado o misoprostol 4 comprimidos de 200µg a cada 12 horas (3 doses). Entre 13 e 17 semanas de gestação, sugere-se o emprego 200µg de misoprostol via vaginal de 6 em 6 horas, 4 doses. Entre 18 e 22 semanas, a dose recomendada é 100µg de misoprostol via vaginal de 6 em 6 horas, 4 doses. Se necessário, repetir após 24 horas da última dose. Após a expulsão, havendo suspeita de restos ovulares ou placentários remanescentes, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros pequenos, compatíveis com menos de 12 semanas, também pode ser utilizada a AMIU.

- Abortamento infectado: com muita frequência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras de abortamento provocado. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal, grau negativos e anaeróbios. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais frequentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina. Os seguintes exames são necessários para melhor avaliação da mulher, bem como para seu seguimento: hemograma com contagem de plaquetas, urina tipo I; coagulograma, hemocultura, cultura da secreção vaginal e do material endometrial (aeróbios e anaeróbios), raios-x do abdome, ultrassonografia pélvica transvaginal ou de abdome total e tomografia, principalmente para definir coleções intracavitárias. No tratamento, é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%. Iniciar antibioticoterapia de largo espectro, junto com as medidas de suporte. Pode ser utilizado um anaerobicida (metronidazol 500mg-1g, IV, a cada 6 horas, ou clindamicina 600-900mg, IV, a cada 6-8 horas), associado com um aminoglicosídeo (gentamicina 1,5mg/Kg, dose IV ou IM, a cada 8 horas ou 5mg/Kg em dose única diária). Outros esquemas de tratamento associam anaerobicida com cefalotina 1g IV de 6/6 horas. O esquema intravenoso será mantido até que se completem 48 horas sem febre ou sintomatologia clínica, quando será introduzida medicação oral por 10- 14 dias (cefalexina 500mg de 6/6 h e metronidazol 400mg de 12/12 h). Pode ser dada alta hospitalar um dia após a introdução da medicação oral. O esvaziamento uterino, naqueles úteros com tamanho compatível com gestação de até 12 semanas, deve ser realizado, preferencialmente, por aspiração manual intrauterina (AMIU), por apresentar menores taxas de complicações, reduzir a necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado. Na realização desse procedimento, atentar para o fato de que a perda do vácuo pode significar perfuração uterina prévia. Na impossibilidade do uso da AMIU, pode-se empregar a curetagem uterina; em ambas, o esvaziamento uterino deve ser feito sob infusão de ocitocina 20U diluídas em 500ml de Soro Fisiológico ou Ringer lactato. Nos casos mais graves, acompanhados de peritonite e que demoram a dar

resposta satisfatória, deve-se proceder a laparotomia exploradora e, se necessário, realizar retirada de órgãos pélvicos. A persistência de febre após 48 horas dos cuidados iniciais pode traduzir abscessos pélvicos ou tromboflebite. Convém lembrar que a tromboflebite pélvica séptica é diagnóstico raro e de exclusão (só pode ser firmado após se afastar outras causas de persistência da febre). Nesse caso, indica-se a utilização da heparina como teste terapêutico sem, no entanto, se suspender a antibióticoterapia.

No abortamento habitual em gestantes com história de abortamento habitual é necessária uma anamnese detalhada para se detectar as possíveis causas associadas:

- ✓ Malformações uterinas (útero bicorno, útero septado, útero didelfo);
- ✓ Miomatose uterina;
- ✓ Insuficiência istmocervical;
- ✓ Insuficiência do corpo lúteo;
- ✓ Fatores imunológicos;
- ✓ Fatores infecciosos;
- ✓ Síndrome antifosfolípide;
- ✓ Fatores genéticos (BRASIL, 2012).

O exame ginecológico associado à ultrassonografia pode ajudar a detectar anomalias uterinas, a miomatose e a insuficiência istmo-cervical. Os testes laboratoriais que podem ser úteis durante a gravidez são a pesquisa de anticorpos antifosfolípides (anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de anticorpos antinucleares. Caso a gravidez atual termine em aborto, deve-se, sempre que possível, realizar uma análise citogenética dos produtos da concepção. Fora da gravidez, a investigação genética do casal (cariótipo), a ultrassonografia e a pesquisa de anticorpos antifosfolípidos (anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de anticorpos antinucleares são os testes que apresentam evidências suficientes para justificar sua investigação. Recomenda-se o acompanhamento quinzenal por meio das consultas de pré-natal. Lembrar que em gestantes onde a etiologia ainda não está esclarecida, o prognóstico da gravidez pode ser muito bom sem nenhum tratamento, além de um controle atento e dedicado. Nos casos onde a etiologia é conhecida, o tratamento depende da mesma. No caso de insuficiência lútea, utiliza-se comprimidos de progesterona natural de 200mg por via vaginal por dia, ou diidrogesterona de 10mg via oral, um ao dia, até a 14^a semana. Em gestantes

portadoras de síndrome antifosfolípide, a utilização de baixas doses de aspirina associada à heparina pode melhorar os resultados. Em gestantes com insuficiência ístmocervical, com história de duas ou mais perdas no 2º trimestre, sem sangramento, com dilatação cervical e sem dor, recomenda-se a cerclagem eletiva, que deve ser realizada entre 12–14 semanas da gravidez, após a ultrassonografia mostrar feto vivo e sem anomalias (BRASIL, 2012).

No abortamento eletivo previsto em lei nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida à legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, “deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (Amiu) ou a dilatação e curetagem” (BRASIL, 2011, p.33).

Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos. Para maiores informações sobre abortamento eletivo nos casos de violência sexual, consultar a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2011).

2.3 CAUSAS DO ABORTO

A etiologia deste distúrbio é multifatorial (RODINI, 2004; SILVA et al., 2007). “Em aproximadamente 50% dos casos, não é completamente esclarecida, sendo classificada como idiopática” (SILVA et al., 2007, p.212).

Os principais fatores etiológicos relatados são anatômicos (anomalias uterinas, cervical e placentar, miomas), fatores imunológicos (síndrome antifosfolípides), genéticos (cromossômicos e monogênicos), endócrinos e agentes ambientais (infecções, álcool e fumo) (SILVA et al., 2007).

Estudos moleculares recentes também indicam importante participação de mutações gênicas (fator V de Leiden, metilenotetrahidrofolato redutase), polimorfismos gênicos (CYP1A1, CYP17), inativação do cromossomo X, dissomia uniparental e efeitos de imprinting genômico (SILVA et al., 2007, p.212).

A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e inclui fatores genéticos e ambientais. “As principais causas são anomalias cromossômicas no

concepto. Aproximadamente 50% das mortes fetais durante o primeiro trimestre resultam de alterações cromossômicas” (RODINI et al., 2004, p.37).

De acordo com Zac et al. (2005, p.177) os fatores que contribuem para a perda do embrião e do feto são relacionados à:

- Anormalidades cromossômicas do embrião e más-formações fetais, que se associam a degeneração hidrópica da placenta e dificuldade de nidação e desenvolvimento do ovo;
- Ativação de mecanismos da coagulação, que provocam vasculite, com conseqüente redução do suprimento sangüíneo para o embrião implantado;
- Distúrbios hormonais, como diabetes melitus, por produzir hipoxia capaz de interferir na organogênese; hipotireoidismo, pela presença de anticorpos antitireóideos; deficiência de progesterona, necessária para estimular o endométrio e manter o zigoto;
- Processos infecciosos, por interferir na organogênese, provocar febre e ser responsável por teratogênese embrionária;
- Alterações anatômicas, por falta de endométrio para dar suporte à implantação do saco gestacional;
- Doenças crônicas, como tuberculose, carcinomatose e lúpus descontrolado;
- Tabagismo, por aumento no risco de anormalidades cromossômicas; alcoolismo e uso de drogas, principalmente cocaína, devido à vasoconstrição que provocam;
- Exposição à radiação;
- Traumatismos abdominais, que podem provocar rotura uterina.

“Outros fatores podem resultar ou influenciar no abortamento espontâneo, sendo a maioria deles, de origem materna como doenças crônicas e infecciosas, alterações anatômicas do sistema reprodutor e fatores trombogênicos” (RODINI et al., 2004, p.37).

2.4 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO

A inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres possui a intenção de oferecer aos serviços de saúde e à sociedade um novo paradigma que torne seguro, sustentável e efetivo a atenção às mulheres em situação de abortamento. De acordo com Brasil (2011, p.13) para que esse modelo possa ser implantado faz-se necessária a inclusão dos seguintes elementos essenciais:

- Rede integrada com a comunidade e com os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços reflitam as necessidades da comunidade e satisfaçam suas expectativas.
- Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir.

- Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.
- Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejam nova gestação.
- Integração com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social para as mulheres.

Toda gestante com sangramento vaginal no 1º trimestre deve ser submetida a exame abdominal, exame especular e toque. Quando o colo estiver fechado ou houver dúvida no diagnóstico, está indicada uma ultrassonografia para avaliação das condições do saco gestacional (com ou sem descolamento) e do embrião (com ou sem batimentos) (BRASIL, 2011).

Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários (BRASIL, 2011).

Na maior parte dos procedimentos é suficiente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam receber drogas tranquilizantes, como o diazepam ou midazolam, quando a ansiedade passa a ser um componente prejudicial ao atendimento (BRASIL, 2011).

Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher (BRASIL, 2011).

Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/ usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência (BRASIL, 2011).

É fundamental, por fim, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011, p.11).

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora da relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento (BRASIL, 2011).

“Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher” (BRASIL, 2011, p.24).

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos (BRASIL, 2011, p.19).

Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais em sua prática profissional, para que dessa forma possa ter uma atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Essa prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e a formação em serviço não têm propiciado uma dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional, muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica (BRASIL, 2011).

Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência. Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional (BRASIL, 2011, p.24).

No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da psicologia e do serviço social

podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A enfermagem também tem um papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde (BRASIL, 2011).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada a revisão bibliográfica por meio de levantamento Bibliográfico no Scielo, Bireme, livros e material do Ministério da Saúde.

Os critérios para seleção dos artigos para a presente pesquisa foram:

1. Artigos que relatam o assunto;
2. Artigos publicados na base de dados Scielo e Bireme;
3. Artigos que compreendam as palavras chaves: aborto, aborto espontâneo, assistência de enfermagem no aborto;
4. Artigos publicados no idioma português;
5. Artigos publicados no período de 2004 a 2014.

Os critérios para exclusão dos artigos para a presente pesquisa foram:

- Palavras chaves: aborto em animais; aborto provocado;
- Resenha, editorial, dossiê;
- Artigos repetidos.

Para melhor sistematização e clareza acerca do processo de coleta de dados, o mesmo foi dividido por momentos:

Primeiro momento:

A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a seleção de datas, entre os anos de 2004 e 2014, idioma português e os descritores aborto, aborto espontâneo, assistência de enfermagem no aborto.

Segundo Momento:

A segunda avaliação ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto.

Terceiro Momento:

A terceira avaliação procedeu-se com leitura dos artigos selecionados na íntegra, o qual proporcionou a identificação de três aspectos a serem analisados: causas relacionadas ao aborto espontâneo; aborto na adolescência; aborto e luto; assistência de enfermagem no abortamento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2014 a março 2015, com a obtenção de 671 artigos, destes foram selecionados 28 artigos, os quais continham informações referentes ao tema de estudo, que foram lidos e analisados criticamente. Em seguida foram organizados e sintetizados em um quadro contendo informações de acordo com título, tipo e método do estudo, ano, autores, periódico.

Quadro 1: Artigos selecionados de acordo com título, tipo e método do estudo, ano, autores, periódico.

Título do artigo	Tipo e método do estudo	Ano	Autores	Artigo Periódico
Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição	Estudo prospectivo caso-controle com 105 gestantes.	2014	FRANCISCO et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.
Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços	Pesquisa avaliativa em 09 maternidades da Rede SUS. Utilização de questionário.	2014	ALVES et al	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,
Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em Toxoplasmose gondii.	Estudo coorte-transversal, com 105 mulheres que sofreram aborto espontâneo completo e/ou incompleto. Aplicação de questionário e coleta de amostras de sangue e material abortivo.	2014	BARBARESCO et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.
Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem	Pesquisa qualitativa. Entrevista com 19 profissionais de enfermagem.	2013	STREFLING et al	Esc. Anna Nery
Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados	Análise de corte transversal, com 3.047 puérperas	2013	MACHADO et al	Rev. bras. epidemiol.
Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?.	Inquérito com 2.804 usuárias, internadas por complicações do aborto em 19 hospitais	2012	AQUINO et al	Ciênc. saúde coletiva
Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado.	Pesquisa qualitativa com 8 adolescentes.	2012	FARIA et al	Rev. Gaúcha Enferm.
Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com	Pesquisa Qualitativa, descritiva. Entrevista com 13 mulheres.	2011	GUIMARAES XIMENES NETO et al	Cienc. enferm

diagnóstico de abortamento				
Fenótipo de subfertilidade, polimorfismos cromossômicos e falhas de concepção	Avaliação de 1.236 cariótipos de casais com fenótipo de subfertilidade de dois diferentes centros (público e privado).	2011	CAMPANHO et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.
Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras	Entrevistas, aplicação Avaliação da Atenção Primária de Transtornos Mentais ou PRIME-MD, 316 mulheres	2011	NOMURA et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Você conhece esta síndrome?	Relato de caso, Paciente de 18 anos, sexo feminino, com síndrome de Goltz	2011	URBANO; LEAL; COSTA	An. Bras. Dermatol.
Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo	Estudo de caso de primigesta, 20 anos, com gestação gemelar coexistindo com mola hidatiforme e feto normal	2011	YELA et al	J. Bras. Patol. Med. Lab.
Programas de controle da toxoplasmose congênita	Artigo de revisão	2011	LOPES-MORI	Rev. Assoc. Med. Bras.
Histeroscopia ambulatorial em casos de abortamento consecutivo	Estudo transversal em 66 pacientes com diagnóstico de dois ou mais abortamentos de repetição, sendo submetidas à histeroscopia diagnóstica ambulatorial.	2011	SOUZA et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso	Pesquisa qualitativa, estudo de caso com 19 mulheres. Técnicas de observação participante, entrevista, diário de campo e análise de prontuário.	2010	BERTOLANI; OLIVEIRA	Saude soc.
Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto.	Pesquisa qualitativa. Entrevista com 13 mulheres	2010	MARIUTTI; FUREGATO	Rev. bras. enferm.
Análise citogenética em material de abortamento espontâneo	Compilação retrospectiva da análise de cariótipo em lâmina corada, com material de 428 produtos de abortamento encaminhados para estudo	2010	ROLNIK et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo	Abordagem qualitativa, entrevista com 10 adolescentes	2010	VIEIRA et al	Ciênc. saúde coletiva.
Abordagem laboratorial das síndromes antifosfolípide e do aborto recorrente	Artigo de revisão	2010	SANCHES et al	Arq. bras. ciênc. saúde
Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande - RS	Estudo transversal realizado com 285 mulheres em idade fértil, expostas à poluição e 280 não expostas. Instrumento com questões fechadas	2008	NOGUEZ et al	Texto contexto - enferm.
Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa.	Pesquisa Qualitativa. Entrevista com 100 mulheres.	2009	BENUTE et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Ser cuidada por profissionais da saúde:	Estudo qualitativo, com entrevista aberta e observação	2009	BAZOTTI; STUMM;	Texto contexto - enferm

percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento.	com 5 mulheres que sofreram abortamento espontâneo.		KIRCHNER	
Anomalias e prognóstico fetal associados à translucência nucal aumentada e cariótipo anormal	Estudo prospectivo com 6.991 gestantes	2009	SALDANHA et al	Rev. Assoc. Med. Bras.
Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro	Dados de uma coorte no pós-parto com 352 mulheres entre 15-45 anos.	2007	KAC et al	Rev. Bras. Saude Mater. Infant.
Casais com abortamento espontâneo recorrente: participação das translocações cromossômicas	Estudo citogenético, 24 casais com história de pelo menos dois abortamentos espontâneos em primeiro trimestre de gestação	2007	SILVA et al	Arq Ciênc Saúde
Associação entre abortamentos recorrentes, perdas fetais, pré-eclâmpsia grave e trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em mulheres do Brasil Central.	Estudo observacional transversal de 48 gestantes com histórico de abortamentos recorrentes, perdas fetais, além de pré-eclâmpsia grave	2007	FIGUEIRO-FILHO; OLIVEIRA	Rev. Bras. Ginecol. Obstet
O luto no processo de aborto provocado	Relato da experiência.	2006	GESTEIRA; BARBOSA; ENDO	Acta paul. enferm
Abortamentos espontâneos: estudos citogenéticos e riscos de recorrência	Análise citogenética em 120 amostras de abortamentos espontâneos (vilosidades coriônicas) em primeiro trimestre de gestação	2004	RODINI et al	Arq Ciênc Saúde

Fonte: Dados da pesquisa bibliográfica, 2015.

4.1 CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo é uma das “complicações mais comuns durante a gravidez. Sua incidência varia entre 6,5% e 21% em gestações clinicamente reconhecidas. Ocorre em 75% dos casos entre a 7ª e a 15ª semanas de gravidez” (RODINI, 2004, p.37).

A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e multifatorial (RODINI, 2004; SILVA et al., 2007). Inclui fatores genéticos e ambientais. As principais causas são anomalias cromossômicas no concepto (RODINI, 2004).

O aborto pode estar associado ao consumo de álcool e fumo. Entre os potenciais fatores determinantes do aborto estão o efeito da idade, o estado marital e o estado nutricional pré-gestacional com níveis deficientes de micronutrientes como o ácido fólico, ferro e zinco (KAC et al., 2007).

A pesquisa de Noguez et al. (2008) apontou os possíveis indicadores de risco para a ocorrência de aborto espontâneo, relacionando às condições socioeconômicas, à história reprodutiva e à exposição ambiental e ocupacional da mulher. As DSTs constituem sério problema para a saúde reprodutiva, podendo causar esterilidade, gravidez ectópica, parto prematuro, aborto, entre outros.

As variáveis que se associaram a maior ocorrência de perdas em pesquisa de Machado et al. (2013, p.24) foram: “não ter filho vivo; ter história de outras DST diferentes de sífilis, não ter feito pré-natal na gravidez de referência e nem na gravidez atual”.

“As anomalias cromossômicas estão entre as causas mais comuns de abortamento espontâneo. Aproximadamente 50% das perdas fetais no primeiro trimestre de gestações clinicamente reconhecidas apresentam cariótipos anormais” (RODINI, 2004, p.37).

As alterações citogenéticas representam importante causa de perdas gestacionais e sua detecção auxilia o aconselhamento genético do casal (ROLNIK et al., 2010).

“Aproximadamente 50% das mortes fetais durante o primeiro trimestre resultam de alterações cromossômicas”; embora vários outros fatores podem resultar ou influenciar no abortamento espontâneo, sendo a maioria deles, de “origem materna como doenças crônicas e infecciosas, alterações anatômicas do sistema reprodutor e fatores trombogênicos” (RODINI, 2004, p.38).

“O abortamento espontâneo pode recorrer” (RODINI, 2004, p.38).

“A síndrome do aborto recorrente pode ser ocasionada por inúmeros fatores, entre eles anormalidades cromossômicas, anatômicas ou hormonais, ou ainda por defeitos nas proteínas de coagulação sanguínea ou plaquetária” (SANCHES et al., 2010, p.111).

“Os casos de abortamento de repetição apresentam uma prevalência aumentada de alterações uterinas adquiridas e congênitas diagnosticadas através da histeroscopia diagnóstica ambulatorial” (SOUZA et al., 2011, p.407).

Em cerca de 50% dos casos de abortamento recorrente (AR), a etiologia não é esclarecida. Dentre os diferentes fatores associados (anatômico, genético, imunológico, endócrino, ambiental), as causas cromossômicas têm um papel relevante (SILVA et al., 2007).

Translucência nucal aumentada, entre 11 - 13 semanas e 6 dias, é importante marcador de anomalias cromossômicas fetais e malformações estruturais fetais, principalmente cardíacas; podendo ocorrer aumento do risco de abortamento, óbito intrauterino e neonatal para estas gestações (SALDANHA et al., 2009).

Considerando-se a importância em estabelecer os cariótipos de casais com histórico de abortamento recorrente e riscos para as próximas gestações, o estudo de Silva et al. (2007) teve por objetivo investigar citogeneticamente a ocorrência de anomalias cromossômicas estruturais em tais casais, dado que em caso de casal portador de uma alteração cromossômica equilibrada, a gravidez pode resultar, além de perdas gestacionais, em crianças com malformações múltiplas e retardo mental.

Silva et al. (2007) destaca a necessidade da investigação do cariótipo em todos casais com pelo menos dois abortamentos recorrentes no primeiro trimestre de gestação de causa não estabelecida, independente da idade dos genitores e enfatiza a contribuição das translocações balanceadas em um dos cônjuges, como fator etiológico das perdas fetais.

A explicação mais plausível, para a alta incidência de anomalias cromossômicas em abortamentos espontâneos precoces, é que a maioria das cromossomopatias resulta em desenvolvimento desordenado do conceito, incompatível com a sobrevivência intrauterina prolongada e nascimento. Os fatores relacionados à incompatibilidade imunológica materno-fetal e deficiência na vascularização placentária estão entre os mais importantes e podem determinar a recorrência do abortamento espontâneo, mais frequente nos casos de normalidade citogenética dos conceitos abortados (RODINI, 2004, p.38).

A contribuição das translocações na etiologia do aborto e auxiliam quanto ao risco e ao aconselhamento genético dos casais nas gestações futuras. No futuro próximo, o crescente entendimento das implicações dos fatores genéticos na ocorrência dos abortos espontâneos recorrentes deve resultar em diagnósticos mais precisos e esclarecedores e tratamentos potenciais. Portanto, nestes casais é recomendada uma avaliação cuidadosa para estabelecer a causa das perdas gestacionais e indicação de possíveis tratamentos e aconselhamento genético (SILVA et al., 2007).

Campanho et al. (2011, p.250) considera imprescindível o oferecimento do “teste para casais com fenótipo de subfertilidade”, pois oferece uma resposta diagnóstica efetiva e em menor tempo, poupando o casal de “sucessivas frustrações com relação ao insucesso reprodutivo ou, ainda, colocando-os em contato com outras abordagens investigativas a fim de se determinar a etiologia da doença e as possíveis opções terapêuticas”.

A elucidação da causa dos abortos espontâneos ainda não é rotina em nosso País. Esses dados demonstraram que a prevalência de doenças com risco de transmissão congênita nas mulheres com abortamento espontâneo é importante, sendo indispensável um maior número de pesquisas objetivando elucidar a causa do aborto. A saúde da mulher deve receber mais atenção dos gestores de saúde, pois o cuidado primário é o melhor e o mais eficiente caminho a ser seguido visando uma qualidade de vida para mães e seus futuros filhos (BARBARESCO et al., 2014, p.21).

A gestação gemelar de uma mola hidatiforme completa coexistindo com um feto vivo é uma entidade rara, possui risco aumentado de aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal intraútero, sangramento, pré-eclâmpsia e doença trofoblástica persistente. “Na suspeita de gestação gemelar molar com presença de feto vivo, o primeiro passo deve ser a determinação do cariótipo” (YELA et al., 2011, p.169).

Urbano, Leal e Costa (2011) descrevem um estudo de caso de uma paciente de 18 anos, com síndrome de Goltz.

A síndrome de Goltz é uma doença genética rara, de herança dominante ligada ao X, mais comum em doentes do sexo feminino e, na maioria das vezes, resulta no aborto dos fetos do sexo masculino. Tem um amplo espectro de manifestações clínicas possíveis. O diagnóstico consiste no somatório dos numerosos achados clínicos, radiológicos e histopatológicos. O tratamento é o aconselhamento genético, cirurgias reconstrutivas e abordagem multidisciplinar, com objetivo de melhorar a qualidade de vida e garantir uma vida normal e produtiva (URBANO; LEAL; COSTA, 2011, p.391).

Os estudos de Figueiro-Filho e Oliveira (2007, p.566) sugere que:

Mulheres portadoras de trombofilias (deficiência de proteína S, C e antitrombina, hiper-homocisteinemia e mutação do fator V Leiden) durante a gestação apresentam associação positiva com maior prevalência de complicações obstétricas e perinatais, como abortamentos recorrentes e perdas fetais.

Desta forma, deve ser realizada “investigação de rotina para trombofilias em pacientes com história de abortamentos recorrentes e perdas fetais em gestações anteriores”, considerando a possibilidade de tratamento com heparina de

baixo peso molecular durante a gravidez atual, evitando, assim, os efeitos deletérios da associação entre gravidez e trombofilias (FIGUEIRO-FILHO; OLIVEIRA, 2007, p.566).

Os resultados da pesquisa de Barbaresco et al. (2014) demonstraram que a soropositividade de um agente infeccioso da síndrome de STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) pode ocasionar o aborto espontâneo.

A triagem sorológica para toxoplasmose, doença de Chagas, rubéola, citomegalovírus e sífilis ou para síndrome STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) é de suma importância na gestação, pois possibilita o tratamento precoce, evitando a ocorrência de aborto (BARBARESCO et al., 2014, p.18).

A toxoplasmose congênita pode causar aborto e danos neurológicos e/ou oculares ao feto, sendo que o Ministério da Saúde aprovou a portaria 2.472, de 31 de agosto de 2010, que estabeleceu a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS), incluindo a Notificação da toxoplasmose aguda gestacional e congênita (LOPES-MORI et al., 2011).

4.2 ABORTO NA ADOLESCÊNCIA

Segundo o Ministério da Saúde “em 2010, o número de internações por aborto espontâneo, aborto por razões médicas e outros tipos de gravidez que terminaram em aborto, na faixa etária de 10 a 19 anos, foi de 38.771” (FARIA et al., 2012, p.21).

Na pesquisa de Faria et al. (2012) a experiência do abortamento para as adolescentes envolveu a dor física e dor existencial pela perda gestacional, configurando-se em um momento difícil e permeado por tristeza.

No estudo de Vieira et al. (2010) as adolescentes entrevistadas referiram que a perda fetal caracterizou-e como um processo permeado por sentimentos de dúvida, ansiedade, medo, negação e desamparo, intensificados pela falta de conhecimentos prévios, de orientações e de apoio.

Acompanhar as adolescentes em processo de abortamento permitiu a constatação da necessidade de estratégias que vão além do cuidado imediato inerente a tal intercorrência. Fazem-se necessárias intervenções em todos os aspectos biopsicossociais, não cabendo aos profissionais a atribuição de juízo de valor, mas sim a compreensão de que a adolescente, por encontrar-se em período de transição entre a infância e a fase adulta,

ao enfrentar o abortamento sente que o aflorar de uma nova vida transformou-se na experiência do colo vazio (VIEIRA et al., 2010, p.3153).

“Para as adolescentes, enfrentar o abortamento traduziu-se na necessidade de amadurecimento e mudança de comportamento; voltar ao cotidiano gerou expectativa e esperança de uma nova vida apoiada pelos familiares” (VIEIRA et al., 2010, p. 3154).

“No caso das adolescentes, este contexto demanda uma atenção especial, pois de modo geral elas estão iniciando a vida sexual e reprodutiva e o que se apresenta é novo e desconhecido” (FARIA et al., 2012, p.23).

A adolescente que procura o serviço de saúde deve ser acolhida pela equipe e receber informações sobre sua condição de saúde e os procedimentos a que será submetida. Para muitas delas, esse momento é a primeira experiência de internação, e esta, se for traumática, poderá trazer repercussões negativas a sua vida (FARIA et al., 2012, p.24).

O estudo de Faria et al. (2012) ressalta a importância da atuação dos profissionais da saúde no sentido de planejar e realizar ações de acordo com as necessidades de cuidado manifestadas pelas adolescentes.

4.3 ABORTO E LUTO

O aborto é caracterizado por um processo fisiológico do corpo com o fim da vitalidade intra-uterina e, geralmente é anunciada de maneira drástica, devido à forma ou quadro clínico; pois, mesmo que a mulher não tenha conhecimento sobre os aspectos científicos e obstétricos, a suspeita da finalização da gestação é percebida, visto que o saber popular sobre os riscos durante a gravidez é conhecido, e o próprio corpo sinaliza que algo está ocorrendo e, nesse momento, se inicia o sentimento feminino sobre o fim da gravidez (NETO, 2011).

O risco iminente de perda da criança provoca um sentimento de decepção, frustração, e até luto pelo ente expulso da cavidade uterina antes de poder viver sem dependência direta do corpo da mãe. Essa realidade pode ser vista comumente nos centros obstétricos, com mulheres em processo de abortamento inevitável e ao conversarem sobre o ocorrido, entram em crises de choro, tanto pela morte do conceito, quanto por sentirem-se incapazes de manter uma gravidez até o período de viabilidade da criança, achando que não estão desempenhando a função reprodutiva feminina efetivamente (NETO, 2011).

Abortamentos espontâneos e provocados são vivenciados de formas diferentes embora sejam ambas as experiências exclusivamente femininas, íntimas, singulares e subjetivas. A forma como cada mulher o vivencia pode ser remetido a outros eventos correlacionados a perdas que já tenham ocorrido em suas vidas (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

A gravidez interrompida afora atitudes distintas em cada uma, transformando-se de uma percepção descrita como de alegria, realização pessoal, expressão de feminilidade, para outra, com sentimento de indecisão e até raiva, sentimento de perda e luto (NETO, 2011).

Dessa forma, a ansiedade e a depressão se relacionam, tanto no abortamento provocado como no espontâneo, à vivência subjetiva do abortamento, mas dois fatores podem ser destacados como preponderantes: o processo de luto pela perda do filho quer seja do filho real desejado e imaginado ou do filho em potencial desencadeado a partir do 'saber-se' grávida; e o desvio do padrão de comportamento esperado socialmente, já que a maternidade ainda é reconhecida como inerente à mulher. O desvio reforça a culpa sentida, iniciada a partir de um sentimento conflituoso com o dever instaurado. Os comportamentos discordantes das normas sociais e morais instalam-se na sombra e desencadeiam um conflito. A culpa também decorre da exigência interna de reparação, desencadeando ansiedade e depressão na busca por respostas. A culpa é expressa na crença de um castigo futuro e redimida por meio da introspecção, da busca por respostas. Ansiedade e depressão podem ser as consequências da culpa pela perda que podem resgatar a integridade. (BENUTE et al., 2009, p.326).

Em pesquisa de Neto (2011) as mulheres mesmo com a gravidez não-planejada, a princípio, tinham sentimentos de indecisão com relação ao surgimento da gravidez, mas que ao vivenciarem este momento, mudaram de opinião e ao perceberem o risco da gravidez ser interrompida, sentiam-se tristes, imaginando como seria essa criança que não chegou a sobreviver.

O estudo de Neto (2011) destacou que metade das mulheres com história de aborto, não tinham filhos. Pesquisa que alerta para a necessidade de planejamento e implementação de medidas de apoio psicológico, social e de saúde por parte dos profissionais, especialmente o enfermeiro, para uma atenção integral a fim de evitar sequelas psicológicas decorrentes da experiência abortiva e assim, contribuir para a diminuição de traumas e transtornos mentais se instalem.

Desta forma, os distúrbios psicológicos devem ser observados, incluindo sua incidência, principalmente, entre as adolescentes que ainda estão em desenvolvimento físico, psicológico e social. Isso requer práticas eficazes de prevenção de gravidez precoce e de forma não planejada (NETO, 2011).

Os fatores de risco para a depressão da mulher após o aborto estão associados a precárias condições socioeconômicas e afetivas; drogas;

prostituição; falta de apoio social e familiar; violência. Nos fatores protetores observam-se presença de condições socioeconômicas favoráveis à criação dos filhos; apoio familiar (especialmente do companheiro) e social; profissão e trabalho. O reconhecimento desses aspectos abre caminhos para dar melhores cuidados às mulheres em abortamento (MARIUTTI; FUREGATO, 2010, p.183).

Com a ampliação dos conhecimentos sobre os sentimentos femininos enfrentados de forma adaptativa, a gravidez interrompida, pode-se oferecer um cuidado adequado à realidade das mulheres, visando, principalmente, à reação de luto (NETO, 2011).

Em se tratando do aborto como causa de perda de um filho, ele é considerado como um não evento, pois não aconteceu o nascimento e nem houve a morte convencional. A mulher em situação de aborto vivencia o 'luto não autorizado' que se refere às perdas que não podem ser abertamente apresentadas, socialmente validadas ou publicamente pranteadas. Esse tipo de luto é considerado uma perda não reconhecida (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

“O luto por um filho é marcado por muita culpa e revolta” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.465).

“Na vivência do aborto, é elevada a proporção de mulheres que apresentam diagnóstico de depressão maior” (NOMURA et al., 2011, p. 646).

Mulheres que vivenciam a perda de um filho que está sendo gerado merecem cuidados da equipe de saúde, em especial, da enfermagem. Muitas não esperam este acontecimento, sentindo-se desanimadas, frustradas, tristes, fragilizadas, culpadas, podendo evoluir para depressão (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Em estudo de Francisco et al. (2014) constatou que grávidas com história de aborto espontâneo de repetição (ERA) apresentam frequência duas vezes mais elevada dos sintomas de depressão moderada e grave.

Nesse contexto, o sofrimento do luto vivenciado com o abortamento, quer espontâneo quer provocado, pode ser entendido, por um lado, a partir de uma explicação racional, que vem da exigência de se cumprir uma função social, a maternidade, por outro lado, do ponto de vista psíquico. Essa mulher é fruto das exigências e das transformações de sua época, mas carrega consigo uma inscrição de maternidade. Há uma demanda interna que clama pela vivência do arquétipo e uma demanda externa que apresenta limites para tal vivência. Surge o conflito inerente ao papel social da mulher, a teleologia corporal e a demanda interna associada às pressões do mundo externo em que vive a mulher. O que resulta em sentimentos de angústias, conflitos, dúvidas e culpa pelo abortamento. (BENUTE et al., 2009, p.326).

A vivência do luto necessita ser verbalizada e trabalhada, “tanto com as mulheres em processo de abortamento quanto com a equipe de assistência, especialmente com as enfermeiras” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.466). Desta forma a mulher necessita de assistência com relação ao processo de perda e a vivência do luto (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

4.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ABORTAMENTO

“O aborto não é isento de risco”. As complicações resultantes do aborto podem estar relacionadas à: “hemorragia, infecção, perfuração uterina, laceração cervical, esterilidade, culpa, depressão e morte materna” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.463).

O abortamento é um problema obstétrico comum e, muitas vezes, pode ser encarado pela equipe de enfermagem 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 culpa (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.464).

Dor, cólica, sangramento são os sintomas que as mulheres procurem atendimento hospitalar (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010).

Em pesquisa de Francisco et al. (2014, p.152) gestantes com histórico de aborto espontâneo de repetição apresentam “depressão com frequência duas vezes mais elevada e função sexual mais comprometida”.

A assistência de enfermagem deve ser similar àquela prestada às mulheres que se encontrem no puerpério, e as(os) enfermeiras(os) devem prestar atenção acurada, com vistas à identificação de possíveis problemas quando da avaliação e estabelecimento do diagnóstico de enfermagem (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem estar sensibilizados para o cuidado à mulher em processo de abortamento. Estas mulheres necessitam da assistência técnica e humanística com relação ao processo de perda e à vivência do luto (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

Os profissionais de enfermagem devem estar atentas(os) para a identificação dos seguintes problemas: medo relacionado ao risco de perda da gestação; conhecimento deficiente em relação à causa do aborto; dor relacionada com as cólicas abdominais e com contrações da musculatura uterina; alteração da autoestima relacionada com os sentimentos de culpa pelo abortamento; risco de traumatismo relacionado com a retenção de tecido e a exigência de cirurgia para o esvaziamento uterino; estresse

causado pelo não cumprimento dos ritos religiosos fúnebres do casal e/ou da mulher; riscos de traumatismos relacionados com a possível isoimunização de uma mãe portadora de fator Rh negativo e o luto (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p.464).

Como casos de abortamento são problemas obstétricos comuns nas instituições de saúde, muitas vezes pode ser encarado pela equipe de enfermagem como rotineiro. “O cuidado às mulheres que abortaram não pode ser influenciado por julgamentos pessoais, mas expressaram compreender o cuidado integral como o desenvolvimento de práticas que satisfazem as necessidades biológicas” (STREFLING et al., 2013, p. 704).

Os profissionais da saúde podem oferecer o suporte necessário para as mulheres que passam por essa experiência, que venham a engravidar ou ter atitudes com crianças sem receios, devido a experiência abortiva e assim realizar-se pessoalmente (NETO, 2011).

Desta forma o plano terapêutico instituído pela enfermagem deve contemplar o processo de luto da mulher (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006).

O estudo de Strefling et al. (2013) apontou uma lacuna no aconselhamento reprodutivo que necessita ser abordada de forma integral, além das orientações para a contracepção, abordando também outros problemas vivenciados pelas mulheres com histórico de abortamento.

Mariutti e Furegato (2010) observaram em sua pesquisa que na assistência à mulher em situação de abortamento predomina o cuidado centrado no atendimento às necessidades físicas.

O ciclo gravídico-puerperal deve ser acompanhado a fim de se dar especial atenção à saúde mental das mulheres, identificando seus fatores de risco, principalmente a depressão, o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o puerpério (FRANCISCO et al., 2014, p.03).

“Para avançar no cuidado é preciso compreender a mulher, não apenas fisicamente, mas como ser humano que vivencia tal situação e sem dúvida, experimenta sofrimento e sentimentos dolorosos” (MARIUTTI; FUREGATO, 2010, p.189).

O cuidado integral nas situações de abortamento envolve desde o acolhimento e diagnóstico das reais necessidades de cada usuária, o emprego de tecnologias apropriadas para a terapêutica, bem como a inclusão de orientações e esclarecimento sobre o planejamento familiar, visando à escolha e adoção de um método contraceptivo adequado a cada situação (BRASIL, 2011 apud STREFLING et al., 2013, p.699).

Aquino et al. (2012, p.1772) destaca que mesmo aquelas mulheres com “abortos espontâneos estão expostas a situações de discriminação pela mera suspeita de que estes foram induzidos”. A atenção ao aborto encontra-se bem distante do que propõem as normas brasileiras e os organismos internacionais, incluindo os acordos assumidos pelo governo brasileiro.

O estudo de Streffling et al. (2013) ressaltou a carência de capacitação e sensibilização dos profissionais para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática que complementa as ações clínicas, ou seja, que promove o cuidado integral.

Alves et al. (2014, p.229) ressaltou em sua pesquisa que as unidades estudadas “não apresentam estrutura adequada para o modelo de atenção ao abortamento preconizado. Há necessidade de intervenções para qualificar a estrutura dos serviços para a atenção ao aborto e promover a humanização do cuidado”. Destacou a necessidade da inclusão nos programas de capacitação e formação de profissionais tanto de conteúdo técnico, quanto de reflexão sobre a temática do aborto, para que se efetivem as mudanças esperadas pelas políticas de atenção à saúde das mulheres.

A impessoalidade na atenção, a falta de informações sobre as intervenções a serem realizadas e a negligência em considerar as necessidades das mulheres e sua capacidade de compartilhar decisões podem comprometer a integralidade da atenção almejada (AQUINO et al., 2012).

Diante disso, percebe-se que a assistência não integra nem se ocupa das reais necessidades de saúde da mulher em situação de abortamento. Questões íntimas, subjetivas, pessoais, não são contempladas e a mulher na sua integralidade não é vista, não é acolhida nem é tratada. As questões emocionais que, caladas, podem provocar sequelas não visíveis pelo diagnóstico corpóreo, tendem a ser perpetuadas e não acolhidas pelos serviços, embora os protocolos assistenciais em sua maioria tutelem a necessidade da assistência em saúde também das possíveis sequelas psíquicas (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

As necessidades de saúde das mulheres - no que se referem aos aspectos reprodutivos - não são efetivamente satisfeitas pelo sistema de saúde, desde “a cobertura contraceptiva às mulheres em idade reprodutiva até a interrupção da gravidez quando essa for de escolha e ou necessidade da mulher” (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

As reais necessidades de saúde que as mulheres em situação de abortamento devem nortear as políticas públicas e as políticas de gestão em saúde,

a fim de que a “assistência prestada às mulheres nessa situação não se baseie em somente tratar das consequências e sequelas fisiológicas dessa doença, mas, também, das consequências simbólicas, emocionais, que números não são capazes de mensurar” (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 299).

“A orientação sobre cuidados pós-alta e o agendamento de consulta de revisão permitiriam evitar complicações imediatas à saúde das mulheres” (AQUINO et al., 2012, p.1773). Desta forma torna-se imprescindível assegurar o acesso à atenção ao aborto com qualidade, de modo a preservar a saúde e os direitos reprodutivos das mulheres.

A assistência centrada nas necessidades integrais da mulher inclui uma abordagem ética, respeitosa e sem julgamento, independente da etiologia da enfermidade (STREFLING et al., 2013).

O processo de abortamento e a hospitalização das mulheres que sofreram aborto espontâneo representa um “momento difícil, no qual se sentem frágeis, tristes, ansiosas pela perda do bebê, necessitando de apoio e cuidados especiais da equipe de profissionais que as assistem” (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009, p.153). Nesta perspectiva a comunicação da equipe e o saber ouvir são fundamentais no cuidado e na relação paciente-profissional.

Ao cuidar das mulheres que sofreram abortamento, as ações dos profissionais devem ser pautadas por “princípios éticos, pois o que está presente neste acontecimento é outra vida, outro ser humano, um filho que muitas não esperavam perder” (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009, p.151).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns durante a gravidez. A etiologia do abortamento espontâneo é heterogênea e multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. As anomalias cromossômicas estão entre as causas mais comuns de abortamento espontâneo.

Cabe ressaltar outras causas que envolvem o aborto espontâneo tais como de origem materna como doenças crônicas e infecciosas com soropositividade de um agente infeccioso da síndrome de STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus), alterações anatômicas do sistema reprodutor e fatores trombogênicos.

O aborto não é isento de risco, podendo surgir complicações como hemorragia, infecção, perfuração uterina, laceração cervical, esterilidade; além de culpa, ansiedade, depressão e morte.

A assistência de enfermagem a mulher que sofreu o aborto espontâneo deve contar com profissionais preparados e livres de preconceito.

Essas mulheres estão passando por momentos difíceis, e muitas vezes nem sabiam que estavam grávidas, o profissional deve orientá-la de sua real situação e também para uma próxima gestação, realizando assim um planejamento familiar, envolvendo desde métodos anticoncepcionais até a sua próxima gestação.

Desta forma, a mulher necessita de assistência com relação ao processo de perda e a vivência do luto envolto no processo de abortamento.

Os profissionais de enfermagem devem ser capacitados e sensibilizados para a assistência integral, técnica, ética e humana, com relação ao processo de perda e a vivência do luto da mulher.

REFERÊNCIAS

ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer**: compreender, atuar e acolher. Brasília: ABEn/Ministério da Saúde; 2001. 282 p.

ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

AQUINO, Estela M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BARBARESCO, Aline Almeida et al. Infecções de transmissão vertical em material abortivo e sangue com ênfase em *Toxoplasma gondii*. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BAZOTTI, Kellen Daiane Valandro; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KIRCHNER, Rosane Maria. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 55, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BERTOLANI, Georgia Bianca Martins; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saude soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde., 2011. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

CAMPANHO, Cássia de Lourdes et al. Fenótipo de subfertilidade, polimorfismos cromossômicos e falhas de concepção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, may 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

FARIA, Ester Correa Rodrigues de et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SANTOS, Graziela Vieira Bassan dos. Adolescência: puberdade e nutrição. In: ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer: compreender, atuar e acolher.** Brasília: ABEn/Ministério da Saúde; 2001. Cap. 3, p.59-77.

FIGUEIRO-FILHO, Ernesto Antonio; OLIVEIRA, Vanessa Marcon de. Associação entre abortamentos recorrentes, perdas fetais, pré-eclâmpsia grave e trombofilias hereditárias e anticorpos antifosfolípidos em mulheres do Brasil Central. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007001100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

FRANCISCO, Maria De Fátima Rezende et al. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000400152&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 19, n. 4, dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2015.

KAC, Gilberto et al. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 7, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2015.

LOPES-MORI, Fabiana Maria Ruiz et al. Programas de controle da toxoplasmose congênita. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 5, oct. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MACHADO, Carla Jorge et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, apr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

NETO, Francisco Rosemiro Guimarães X. et al. Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 17, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2015.

NOGUEZ, Patrícia Tuerlinckx et al. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande - RS. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 3, sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar. 2015.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 6, dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

RODINI, Elaine S. O. et al. Abortamentos espontâneos: estudos citogenéticos e riscos de recorrência. **Arq Ciênc Saúde**, 2004 jan-mar; 11(1):37-9. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-1/ac08.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

ROLNIK, Daniel Lorber et al. Análise citogenética em material de abortamento espontâneo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 56, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2015.

SALDANHA, Fátima Aparecida Targino et al. Anomalias e prognóstico fetal associados à translucência nucal aumentada e cariótipo anormal. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 55, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SANCHES, Juliane Cristina Trevisan et al. Abordagem laboratorial das síndromes antifosfolípide e do aborto recorrente. **Arq. bras. ciênc. saúde**;35(2), maio-ago. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2010/v35n2/a007>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SILVA, Ana Elizabete et al. Casais com abortamento espontâneo recorrente: participação das translocações cromossômicas. **Arq Ciênc Saúde** 2007 out-dez;

14(4):211-5. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID249.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SOUZA, Carlos Augusto Bastos de et al. Histeroscopia ambulatorial em casos de abortamento consecutivo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n. 4, aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

URBANO, Lilian Mendes Ferreira; LEAL, Isabel Irene Ramos; COSTA, Izelda Maria Carvalho. Você conhece esta síndrome? **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A questão do aborto no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2014.

VIEIRA, Leila Maria et al. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mar. 2015.

YELA, Daniela Angerame et al. Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442011000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2015.

ZAC, Renata Indelicato et al. Associação entre alergia prévia, infertilidade e abortamento. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 51, n. 3, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.